TOMO VI NUM. II

COUNTWAY LIBRARY
HC 4FH2 0

REVISTA

DE LA

CONFERENCIA DE MEDICOS

DEL

HOSPITAL RAWSON

BOSTON MEDICAL
LIBRARY

SESIONES DEL SEGUNDO SEMESTRE
AÑO 1937

CATALOGUED
JUN 22 1938
E. N. C.

BUENOS AIRES

TOMO VI NUM. II

REVISTA

DE LA

CONFERENCIA DE MEDICOS

DEL

HOSPITAL RAWSON

SESIONES DEL SEGUNDO SEMESTRE
AÑO 1937

BUENOS AIRES

BOSTON MEDICAL
JUN 22 38
LIBRARY

CATALOGUED
JUN 22 1938
E. N. C.

«La Semana Médica», imprenta de Emilio Spinelli. — Córdoba 2240 - 48. — Buenos Aires

COMISION DIRECTIVA

AÑO 1937

Presidente:	**Dr. Raúl Novaro**
Vice-Presidente:	**Dr. Tulio Martini**
Tesorero:	**Dr. Horacio Basabe**
Secretario General:	**Dr. Guillermo Cordes**
Vocales:	**Dr. Enrique Finochietto**
	Dr. Nicanor Palacios Costa
	Dr. Mariano Barilari

Director de Revista: Dr. Horacio Basabe

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/revista-conferencia-medicos_1937_6_2

COMISION DIRECTIVA

AÑO 1938

Presidente:	**Dr. Adolfo V. Sacco**
Vice-Presidente:	**Dr. Tulio Martini**
Tesorero:	**Dr. Horacio Basabe**
Secretario General:	**Dr. Benjamín B. Spota**
Vocales:	**Dr. Mariano Barilari**
	Dr. José Destéfano
	Dr. Bernardino Maraini

Director de Revista: Dr. Horacio Basabe

ÍNDICE

CONFERENCIA DE MEDICOS DEL HOSPITAL RAWSON

PÁG.

SESION DEL 14 DE SEPTIEMBRE DE 1937:

Drs. Mariano J. Barilari y Enrique J. Di Benedetto. — Comentarios sobre un caso de septicemia estreptocóccica 9

Drs. Prof. Raúl Novaro y Ludovina O. Rochaix. — Tratamiento de la obesidad por la dieta de Karell y las curas de reposo 11

Drs. Prof. Tulio Martini, Emilio Lida y Alfredo Dóssola. — Anemia hipocrómica con sindrome neuroanémico en un enfermo con diarrea crónica. Eficacia del tratamiento ferruginoso 16

Dr. Benjamín Rivas Diez. — Consideraciones sobre un caso de pancreatitis aguda ... 18

SESION DEL 5 DE OCTUBRE DE 1937:

Drs. Augusto A. Covaro y Héctor Venturino. — Perforación intestinal por cuerpo extraño 21

Drs. Federico F. Taboada y Sadoc Nino. — Técnica de elección en las inyecciones intratraqueales de lipiodol 22

Drs. Profs. Enrique Finochietto, Tulio Martini y Mario J. Pantolini. — Resultado alejado de una pericardiolisis por sínfisis pericárdica. (Se publicará en «La Semana Médica».)

SESION DEL 14 DE DICIEMBRE DE 1937:

Drs. Benjamín B. Spota y Amadeo Alurralde. — Sindrome de «cola de caballo». Neurosífilis asociada 24

Drs. Prof. Armando Camaüer y Jorge I. Sacón. — Periarteritis nudosa: enfermedad de Kussmaül-Meyer. (Con presentación de enfermo.) 31

Drs. Prof. Raúl Novaro y Ludovina O. Rochaix. — Tratamiento de la constipación intestinal por el régimen de la hora 33

Drs. Arturo Burlando e Ismael W. Gramajo. — Etiopatogenia y tratamiento del lumbago. (Se publicará en «La Semana Médica».)

PÁG.

Drs. Prof. Raúl Novaro, Ambrosio Nijensohn y Romeo Bottassi. — Divertículo yuxtacardíaco de origen ulceroso 36

Drs. Osvaldo Linari y Leonardo M. Parodi. — Contribución al tratamiento quirúrgico de la elefantiasis. (Se publicará en el «Boletín de la Sociedad de Cirugía».)

Drs. Osvaldo Linari, Leonardo M. Parodi y Aurelio B. Galdi. — Fractura grave de la columna vertebral y del fémur. Primer caso tratado con el clino-extensor. Restauración funcional completa. (Presentación de enfermo.) (Se publicará en «La Prensa Médica Argentina».)

HOSPITAL RAWSON. — INFORMACIONES DE INTERES

El Dr. Alejandro Cevallos ha sido designado Profesor Titular de Clínica Quirúrgica 39

OBRAS DE AMPLIACION DEL HOSPITAL:

Esterilización 41

Pabellón de Guardia 42

Desinfección 42

Consultorio de orientación 42

Cocina dietética 42

Pabellón de Farmacia. Obras de ampliación y refección general. Año 1937 ... 44

INAUGURACION DE UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA 45

AMPLIACION DE LA MATERNIDAD 47

HOMENAJE EN MEMORIA DEL Dr. CARLOS SEMINARIO..... 49

MEDICOS ASOCIADOS DURANTE EL AÑO 1937 DE ACUERDO AL INFORME DE TESORERIA 51

BALANCE CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO DEL AÑO 1936 53

BALANCE CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO DEL AÑO 1937 55

SESION DEL 14 DE SEPTIEMBRE DE 1937

PRESIDENCIA DEL PROF. DR. RAÚL NOVARO

COMUNICACIONES

1. Drs. Mariano J. Barilari y Enrique J. di Benedetto. — Comentarios sobre un caso de septicemia estreptocóccica.
2. Drs. Prof. Raúl Novaro y Ludovina O. Rochaix. — Tratamiento de la obesidad por la dieta de Karell y las curas de reposo.
3. Drs. Prof. Tulio Martini, Emilio Lida y Alfredo Dóssola.—Anemia hipocrómica con sindrome neuroanémico en un enfermo con diarrea crónica. Eficacia del tratamiento ferruginoso.
4. Dr. Benjamín Rivas Díez. — Consideraciones sobre un caso de pancreatitis aguda.

Comentarios sobre un caso de septicemia estreptocóccica

POR LOS DOCTORES

MARIANO J. BARILARI

Jefe de Sala del Hosp. Rawson

Y

ENRIQUE J. DI BENEDETTO

Médico agregado

Vamos a presentar a la consideración de nuestros colegas un caso de septicemia estreptocóccica, cuya puerta de entrada amigdalina nos ha parecido interesante, como así también por su comienzo insidioso y por las pocas defensas del enfermo.

Uno de nosotros, fué llamado a ver un niño de 2 años de edad, que presentaba una amigdalitis críptica con regular cantidad de pus; se nos informó que la madre se encontraba convaleciente también de amigdalitis críptica y que había sido contagiada por el padre, sujeto con sus amígdalas crónicamente infectadas, que todos los inviernos padecía de angina, traqueítis, laringitis, bronquitis. Tuvimos también que tratarlo por un repunte amigdalino, que llegó casi al flemón.

Ese mismo día, la esposa nos comunica que se encuentra enferma desde hace quince días y que le parece tener un ganglio retromaxilar, espontáneamente poco doloroso, pero muy sensible a la presión. Su temperatura es de 38 grados. Tratamiento: vacuna antipiógena. A las 24 horas, francamente mejorada (sin fiebre). Vuelve a sus quehaceres domésticos y cuatro días después se siente cansada; temperatura 38° de mañana, de tarde 39°8. Vuelta a ver por uno de nosotros, no encontrándose nada que explicara esa temperatura; dolor supraorbitario del lado izquierdo. Se le inyecta una ampolla de leucotropina endovenosa, y al día siguiente manifiesta tener un dolor violento en mastoides izquierda, con escalofríos.

Cinco horas después de comenzar su dolor mastoideo fué examinada por un otorrinolaringólogo, quien comprobó sólo dolor agudo a la presión, enrojecimiento de pared, pero nin-

guna reacción mastoidea; según su criterio, no existía una lesión de amígdalas ni mastoides que explicara la temperatura de 39° - 40°. Como al tercer día la fiebre persistiera y necesitáramos una serie de análisis, la internamos en nuestro Servicio de Clínica Médica. Se solicita hemocultivo. Se prescribe dieta, Anfotropina, 20 c. c., endovenoso, suero glucosado, insulina.

Al día siguiente (7 de enero) se extrae sangre para hemocultivo y levanta el siguiente

Estado actual: Amígdalas pequeñas, no dan pus a la expresión. Tonos cardíacos normales. Riñón derecho muy doloroso. A la palpación, puntos renales posteriores dolorosos. Puñopercusión muy dolorosa. No hay edema de pared. Orina: Albúmina 0,10. Cilindros hialinos.

Abreviando: en los demás órganos, nada de particular.

Enero 8: Nueva extracción de sangre para hemocultivo. Esa tarde se presenta un intenso dolor precordial con irradiación a espalda; la guardia se ve obligada a inyectarle morfina.

Enero 9: Los tonos cardíacos, hasta ese momento puros, están algo apagados. Gran nerviosismo. Se continúa efectuando leucotropina diaria.

Enero 10: Tenemos el resultado del hemocultivo efectuado en el Laboratorio Militar, que nos dice: Reacción de Widal, Schotmüller, Hudless, negativa y en el caldo original, a las 24 horas, *se desarrollan estreptococos*, que se aislan para identificarlos. El 11 nos comunican que son de la *variedad hemolítica*. Ese mismo día, tenemos el resultado del hemocultivo efectuado en el laboratorio de nuestro hospital: «a las 48 horas *se desarrollan colonias de estreptococos de la variedad hemolítica*».

Preséntase un «rash» de tipo escarlatiniforme que desaparece a las 24 horas; artralgias al nivel de la articulación metacarpofalángica, mano derecha y en el codo izquierdo. Dichas artralgias desaparecen también en 24 horas. No pudiéndose conseguir suero específico correspondiente al hemocultivo, se le efectúa: 300 c. c. por vía subcutánea, de estreptoserina Bayer y 10 c. c. de solución de acridina al 5 % recientemente preparada .Persiste fiebre, de 38°.

Día 12: estado general de la enferma es el mismo y comenzamos a inyectar 15 c. c. de mañana y 10 c. c. de tarde, de Prontosil soluble, por vía intramuscular, a lo que se agrega la ingestión de seis comprimidos.

Análisis de orina: 0,50 gr. de albúmina. Los tonos cardíacos están más apagados.

Continuamos con el mismo tratamiento hasta el día 18, en que se le efectúa por vía endovenosa Choleval Merck. Esto nos fué sugerido por el trabajo de Hilgermann sobre la influencia eficaz de las sales biliares en solución débil, en las infecciones estreptocóccicas. Casi al mismo tiempo, se reemplaza el Prontosil vía bucal por Rubiazol, pariente francés del Prontosil (más tolerado por vía bucal).

Ya sea por este cambio, o quizás más probablemente por el uso del Choleval, la temperatura comienza a descender y, hecho subjetivo importante: la enferma come con cierto apetito. Se le extrae nuevamente sangre para efectuar una autovacuna y se aprovecha vacunar al esposo para tentar luego la inmunotransfusión.

Durante el día 26 se le disminuye el Prontosil, vía intramuscular, a 20 c. c. diarios y 8 pastillas de Rubiazol, para ir paulatinamente descendiendo su dosis.

El día 28 nos llega un nuevo examen de hemocultivo: *al examen microscópico de los preparados efectuados a las 40 horas, no se observa ningún germen.*

Visto que el estado general mejora, que la temperatura desciende y el resultado de este análisis, no se efectúa la inmunotransfusión proyectada.

Suspendiéndose el día 31 de enero toda clase de inyección. Toma sólo 8 pastillas de Rubiazol.

Los tonos cardíacos son más puros.

El día 2 de febrero se le da de alta, recomendándole seguir con el Rubiazol (3 comprimidos diarios), durante una semana.

A los dos meses se le atiende nuevamente por una bronquitis asmática, comprobándose el buen funcionamiento renal y cardíaco.

El interés de este caso reside en el desarrollo de una septicemia a estreptococos hemolíticos, comprobada por tres hemocultivos, dos de ellos efectuados en laboratorios diferentes; su sintomatología clínica, septicemia de origen leve, pues su angina duró dos días, sin traerle mayores trastornos.

Vemos aquí la acción eficaz de los derivados de la Crisoidina, cuerpo sin mayor acción desinfectante, que por introducción de un grupo sulfamido (SO_2-NH_2) tenemos el Prontosil, de origen alemán, o el Rubiazol, de origen francés, los cuales tienen una acción bactericida, que llegan a salvar el 60 % de los ratones infectados con cepas de estreptococos.

Estos dos cuerpos, por nosotros usados exclusivamente en este caso, con resultado favorable, tienen el inconveniente de colorear todo el organismo, piel, saliva, leche, con el consiguiente trastorno.

Fourneau y sus colaboradores llegaron a

la conclusión de que en la compleja molécula del Prontosil, la mitad era sólo la activa. Suprimen el núcleo azoico y encuentran un nuevo producto activo que no colorea, y así demuestran que las propiedades terapéuticas no estaban ligadas a la función azoica (colorante), sino a la función sulfamida, y llegaron a la p. amino-benceno-sulfamida, ó 1162 Fourneau; después, con la bencilación de este cuerpo, se obtuvo un producto de la misma actividad y mucho más tolerado, que es la Septazine (bencil-amino-fenil-sulfamida).

Este último producto es, desde que lo conocemos, el que usamos de preferencia, ya sea como profiláctico, como preventivo o curativo, en abortos infectados, anginas, erisipela, cistitis, y a dosis suficientes, es decir, 6 a 10 comprimidos, y para el Prontosil soluble, 25 c. c. intramuscular repartido en dos veces.

No parece que haya contraindicaciones para la utilización preventiva o curativa, sobre todo si se emplean los no colorantes, cuya tolerancia es mayor.

Un estado renal precario tampoco parece serlo, pues en nuestro caso éste estaba lesionado, no presentándose intolerancia alguna; en muchos otros de origen sobre todo amigdalino, tampoco hemos observado contraindicación. Siendo estos productos peor tolerados por las personas constipadas, conviene dar al mismo tiempo en ellas, laxantes de acción mecánica.

SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL PROF. RAÚL NOVARO

Tratamiento de la obesidad por la dieta de Karell y las curas de reposo

POR LOS DOCTORES

PROF. RAÚL NOVARO

Y

LUDOVINA O. ROCHAIX

La deformación física por sobrecarga grasosa, es característica propia del hombre, y casi especialmente, del «hombre civilizado». Los viajeros y exploradores están contestes en afirmar que el hombre primitivo desconoce la obesidad; es ésta una tara de la civilización. El tipo humano de morfología normal es poco frecuente y representa una excepción; a este respecto el hombre medio no corresponde al hombre normal.

En contra de la opinión corriente, el aumento de volumen y de peso no es función de la edad, sólo que los años pasados dan a los factores condicionantes de ese estado, el tiempo necesario para actuar; no se presenta nunca en aquellos individuos que viven en forma sobria.

Los obesos, sin ser, por lo menos al comienzo, verdaderos enfermos, sufren físicamente perturbaciones determinadas por su adiposidad, y moralmente el ridículo de su deformación física; no parecen, sin embargo, interesar al médico, más que cuando se han transformado en verdaderos enfermos.

En el nacimiento de la obesidad, y en especial de la de tipo exógeno, hay dos causas evidentes: la sobrealimentación y el sedentarismo; el efecto nocivo de ellas, es tanto más marcado, cuanto más antiguas son.

En los comienzos, el mecanismo de defensa compensa, en parte, los efectos perniciosos de la sobrealimentación, pero esta resistencia orgánica no es de larga duración, dado que todo órgano que se carga de tejido de escasa vitalidad, pierde gran parte de su capacidad funcional. La sobrealimentación se revela, pues, como causa de considerables desgastes orgánicos.

Después de la guerra europea, oportunidad en que algunos pueblos combatientes, el alemán entre otros, debieron racionar su alimentación durante años, las estadísticas han revelado los beneficios de estas restricciones forzadas, demostrados por la disminución de la mortalidad, de la gravedad de las enfermedades infecciosas, por la reducción del número de casos de enfermedades de los diversos aparatos de la economía, de la gota, de la diabetes, características acompañadas del adelgazamiento obligado de las poblaciones racionadas.

Es necesario ser exacto y prudente en la apreciación de las necesidades orgánicas; el hambre no es, de ninguna manera, medio de control ni de criterio, sobre el cual pueda basarse la ración alimenticia, pues raras veces es él, exponente de las exigencias del organismo. Todos los intoxicados por la sobrealimentación (obesos, gotosos, diabéticos) experimentan hambre imperiosa, que es síntoma de necesidad del tóxico habitual (en este caso el alimento, que en exceso es un veneno) como en el caso de los morfinómanos, alcoholistas, etc. La sobrealimentación hace, pues, aparecer dos síntomas, la voracidad y la insaciabilidad, originados por la excitación funcional motriz y secretora del tractus digestivo.

El sedentarismo es otra importante causa patogénica de nuestra civilización; puede decirse que en ninguna época ha imperado tanto como en la actualidad. El confort, el teléfono, el automóvil, los medios rápidos de

transporte, etc., son causas indirectas de la poca actividad muscular. Todos los perfeccionamientos técnicos tienden a evitar el esfuerzo muscular y respiratorio, lo que lleva a la impotencia funcional, con su repercusión sobre la circulación; la paresia física condiciona la atrofia muscular, las alteraciones circulatorias, y por su asociación con la sobrealimentación, la arterioesclerosis. El tipo corriente del ciudadano moderno permanece sentado 10 horas, acostado 8, y el resto del tiempo, por intervalos cortos, de pie.

Es necesario entender, definitivamente, cuán perjudicial es para el organismo humano, normal y sano, el reposo muscular, pues toda inmovilidad muscular y circulatoria de una región, facilita en ella los depósitos de grasa.

Si el sedentarismo es condición necesaria, no es suficiente y exige la acción asociada de la sobrealimentación o de la fatiga (física, intelectual, moral, etc.), es decir, de estados marcados de autointoxicación o de infección que desequilibran el mecanismo regulador del peso.

La insuficiencia del trabajo muscular, perturba la nutrición en general y el metabolismo de los hidratos de carbono en especial. Además de la función motriz, los músculos ejercen en el organismo, otras funciones íntimamente relacionadas con aquélla. Para explicar el papel del sedentarismo y de la paresia muscular, como factores coadyuvantes de todas las perturbaciones de la nutrición, y entre ellas de la obesidad y sus complicaciones, hay que considerar tres acciones: 1.°, la circulatoria; 2.°, la respiratoria, y 3.°, la depurativa de los músculos en trabajo.

Acción circulatoria—Las contracciones repetidas de los músculos intervienen en la progresión de la sangre venosa hacia el corazón; en ausencia de ejercicio, hay rémora de la circulación venosa, apareciendo várices y más tarde flebitis y embolias, accidentes frecuentes en los obesos.

Acción respiratoria.—La aceleración de los movimientos respiratorios comprobada durante el ejercicio facilita el intercambio gaseoso en la intimidad de los tejidos; además, en el movimiento inspiratorio hay una aspiración de la sangre venosa de los miembros y abdomen hacia el corazón.

Acción depurativa. — Intensificada la respiración y circulación del organismo durante el ejercicio muscular, todos los órganos, sin excepción, reciben, al mismo tiempo, mayor cantidad de sangre arterial, eliminando también mayor cantidad de desechos; es un rejuvenecimiento momentáneo por desintoxicación intensa.

Al lado del complejo causal de sobrealimentación y sedentarismo, existe otro complejo formado por asociación de sobrealimentación y fatiga; según Heckel (quien lo ha determinado) es tan eficaz como el primero, y tanto más, si se agrega a él. La fatiga es, como se sabe, una intoxicación; varían sus formas según el aparato interesado: fatiga nerviosa, fatigas funcionales diversas (digestiva, circulatoria, etc.), aisladas o asociadas; cada una de ellas demuestra que el aparato correspondiente (muscular, circulatorio, etc.) está impregnado de productos residuales de su propia actividad, sea por exceso, sea por insuficiencia de funcionamiento. No hay, pues, a primera vista, gran diferencia entre estas dos causas originales de adiposis: sobrealimentación y fatiga, dado que ambas presentan hechos análogos: producción de venenos orgánicos por funcionamiento excesivo o insuficiente de los órganos esenciales.

El concepto de la importancia de la fatiga, o mejor dicho de las fatigas en la etiología de la obesidad pertenece a Heckel y va en contra de la opinión corriente que las considera como no pudiendo producir más que adelgazamiento. En algunos casos, el autor ha aplicado, por el uso del reposo sistemático, un tratamiento particular y preciso, de efecto muy rápido, que simplifica y acorta los métodos empleados hasta ahora y permite realizar, en poco tiempo, el desiderátum de una buena cura. Según Heckel, el reposo actúa haciendo cesar el estado de fatiga originado por causas exteriores, variables e inconstantes, como el «surmenage» profesional, muscular y emotivo y por causas interiores y crónicas producidas por transporte de su masa suplementaria e insuficiencia de los órganos cargados de grasa. Desde la juventud, la constitución, la complexión están en cierto modo preformadas y ya trazadas para el futuro; se viene al mundo, normalmente, con los elementos constitucionales de un ser de talla media, grande o pequeña y de vísceras proporcionadas; desde que la masa orgánica aumenta en forma sensible, todo está funcionalmente desequilibrado; los órganos resultan demasiado pequeños para territorios muy vastos, no pudiendo cumplir convenientemente las exigencias fisiológicas; esto es tanto más marcado cuanto mayor es el peso y la actividad física más intensa. El paciente no estará curado hasta el momento en que el tamaño de sus órganos se halle proporcionado al volumen total.

No es necesario que la acumulación de grasas sea considerable, mejor dicho, no es necesario que sea aparente para producir perturbaciones mecánicas y circulatorias insos-

pechadas; el peso no es un criterio infalible. Se llama coeficiente adiposomuscular a la relación ponderal entre los músculos y la grasa existentes en el organismo, relación que debe ser normalmente de diez veces más de músculo que de grasa. Dado el menor peso específico de ésta, fácil es comprender cómo un cuerpo muy voluminoso es relativamente poco pesado, pues hay predominio de tejidos de escasa densidad como lo es el adiposo.

Casi todos los obesos presentan trastornos de la función renal, que tienen el carácter especial de ser insidiosos e ignorados durante largo tiempo, hasta el momento de producir, en ocasiones, accidentes brutales y terribles. En muchos de ellos las orinas son insuficientes en relación al peso corporal y a la tensión arterial, a menudo elevada; hay además, retardo en la eliminación de las bebidas (opsiuria) y retención parcial; si se suprime la ingestión de líquidos, orinan su reserva de agua precedentemente absorbida y su peso desciende. En términos generales puede afirmarse que los riñones de estos pacientes tienen sus funciones reducidas, pues si bien es cierto que en el primer período de evolución de los obesos congestivos pletóricos hay aumento en la eliminación urinaria, esta fase no es de larga duración, y en el curso de los años se instalan, con la acentuación de la adiposidad, alteraciones renales graves y definitivas.

Bajo la influencia de excesos alimenticios o alcohólicos pasajeros, los obesos están sujetos a «poussées» congestivas hepáticas, con perturbaciones en el flanco derecho y signos generales de intoxicación, por disminución de las funciones antitóxicas del hígado y riñón. Fuera de estas congestiones activas, presentan también, con frecuencia, las diversas manifestaciones del hígado cardíaco, desde el simple éstasis hiposistólico, hasta la verdadera cirrosis lipocardíaca. Son numerosos, asimismo, los síntomas cardiovasculares; los grandes obesos son cardíacos confirmados, y los pequeños, cardíacos latentes, desconocidos; mas, este último concepto no está aún lo suficientemente difundido en el mundo médico. El corazón graso de los viejos obesos, reacciona poco y mal a los tónicos cardíacos, pues es difícil reducir la barrera periférica que se produce en estos enfermos. En la práctica los accidentes cardíacos y cardiorrenales de los adiposos pletóricos, no pasan a menudo inadvertidos y son mejor interpretados porque en esta clase de pacientes, francamente obesos, de gran volumen y peso, el trabajo circulatorio es bien aparente al examen médicos, por la hipertensión.

Por el contrario, en los obesos anémicos, el desfallecimiento cardíaco, por éstasis, puede ser ya grave con un desarrollo grasoso relativamente débil y tomar un carácter tan poco visible, desde el punto de vista clínico, que muchos prácticos no reconocen más que una asistolia, apenas esbozada; estos pacientes mueren generalmente con diagnósticos erróneos y sin que se recurra, en ningún momento, a una terapéutica cardiorrenal, suficientemente enérgica y prolongada, acompañada de una cura estricta de adelgazamiento.

Entre estos dos grandes tipos, pletóricos y anémicos, hay otros de grado intermedio; son por lo general sujetos, primeros pálidos y asténicos que se hacen congestivos e hipertensos, a menudo bajo la influencia de excesiva ingestión de carne o alcohol; en estos casos se observa asociación o sucesión de los síntomas de los tipos anteriores.

Las complicaciones circulatorias cardíacas o cardiorrenales se hacen por un doble mecanismo: autotóxico y asistólico. La experiencia muestra que no hay necesidad de gran exceso de peso para determinar la insuficiencia circulatoria.

Estadísticas de las sociedades de seguros de vida, hechas particularmente en América, han establecido que el peso humano que da mayor longevidad es inferior en 6 kgr. al que se considera como medio y normal, vale decir, que es con 64 kgr. de peso que un hombre de 1,70 m. tiene más probabilidades de larga vida.

Todas las glándulas orgánicas sufren un proceso análogo al que se verifica en hígado y corazón, alterándose sus funciones. Se puede establecer como ley que todo paciente con funciones renales, hepáticas e intestinales normales, adelgaza con facilidad.

Cualquier perturbación orgánica que evolucione en un individuo obeso mejora considerablemente con la disminución del peso. No existe adiposo que no presente en mayor o menor grado un desequilibrio de las funciones endócrinas e indirectamente de las funciones nerviosas, dado las relaciones estrechas de ambas; siendo el trabajo glandular sinérgico, no hay alteración glandular aislada.

El ejercicio pasa por ser uno de los elementos terapéuticos más importantes y seguros de la cura de la obesidad; se piensa que desempeña siempre y únicamente el papel de excitante de la desasimilación; pero hay en ello un malentendido que es necesario disipar.

El ejercicio rápido, intenso, sostenido, pro-

longado y sudativo, activa la desasimilación orgánica en grado tanto mayor, cuanto más estricta es la dietética y menos elevado el peso corporal; por el contrario, el trabajo muscular poco intenso es un excitante de la asimilación y provoca aumento de peso. Según el estado previo del sujeto, el ejercicio puede acentuar la fatiga, y en consecuencia, la obesidad, o bien determinan mayor resistencia física. Si el paciente es demasiado grueso, si hay gran infiltración adiposa de sus órganos nobles, la más pequeña actividad muscular, aumenta la fatiga, y, por ende, la intoxicación, agravando la obesidad. Está en condiciones equivalentes a las de una persona que cargada de un pesado fardo, quisiera correr, o ascender una cuesta; ella debe primero dejar su carga; aquí, por analogía, esto significa que debe adelgazar, y luego hacer el ejercicio. Por el contrario, cuanto más próximos a la normalidad se hallen su peso y volumen, tanto menos perjudicial será el trabajo físico, y sólo en caso de llegar al peso fisiológico podrá beneficiarse por completo con aquél. Estas nociones, evidentes y fundamentales, no están aún aceptadas, y no hay médico no especialista que no se crea autorizado a aconsejar, de entrada, el ejercicio, y particularmente, la marcha, a todo sujeto adiposo que desee adelgazar. El obeso, durante la actividad muscular, y por acción del trabajo físico fatigante, produce toxinas, las cuales actúan sobre órganos ya en estado de debilidad funcional crónica; como consecuencia, la insuficiencia renal se acentúa, y la eliminación urinaria disminuye; el peso no cae proporcionalmente al ejercicio realizado, quedando, a menudo, después de él, taquicardia de esfuerzo y sofocación y si la situación cardíaca era ya mala, puede agravarse. Si se sigue la curva de adelgazamiento de un gran obeso, sometiéndolo al ejercicio semana por medio, con régimen alimenticio deficiente, se comprueba siempre disminución del adelgazamiento durante la semana de ejercicio; si éste es lento y moderado, el paciente toma peso; si es rápido, intenso y particularmente sudativo, pierde un poco, pero mucho menos que si guardara reposo en posición horizontal, siendo más marcado el éxito en el último caso. Este medio de cura, notable en la insuficiencia cardiovascular, se halla muy acertadamente indicado en los obesos, dado su estado de pequeña hiposistolia. El verdadero agente terapéutico desengrasador racional, rápido y de efecto durable, es, pues, el reposo; el reposo completo, en decúbito dorsal y no el ejercicio, la acción muscular. Colocado el paciente en decúbito dorsal presentan sus órganos una buena irrigación sanguínea, por lo que mejoran sus condiciones de trabajo; otra cosa ocurre en las posiciones ortostática e intermedias oblicuas, en las cuales la circulación visceral está perturbada, circunstancia que influye, para el mal funcionamiento de los órganos. Todo esto explica los innegables y sorprendentes beneficios de la cura de reposo, en el tratamiento de la obesidad, cura a la que debe acompañar siempre una restricción alimenticia. Heckel, autor de este método, dedujo sus conclusiones por la observación de un obeso que habiendo iniciado su tratamiento de reducción de peso (constituído por una dieta de valor medio y ejercicios diarios de cultura física), sufre una fractura de pierna en un accidente de automóvil. Obligado al reposo en decúbito activo, cumple estrictamente su régimen alimenticio, y observa, con asombro, que el descenso de peso se acentúa, perdiendo 22 kgr. en tres meses (5 en el primero, y 17 en los otros dos meses de reposo). De éste y otros casos estudiados, infiere el autor su método. Nosotros hemos obtenido resultados excelentes en todos los casos de obesidad, tratados con la dieta láctea de Karell, la que se hace por la ingestión diaria de 800 gr. de leche, repartida en cuatro tomas de 200 gr. cada una; deberá ser sorbida lentamente y caliente, a fin de aumentar su poder de saciedad; una manera agradable y conveniente de administrarla es bajo la forma de mate de leche, pero sin añadirle azúcar; no deberá ingerirse ningún otro alimento sólido o líquido, permitiéndose únicamente, si la sed fuera intensa, pequeñas cantidades de agua. En caso de tratarse de un hipotenso, y a fin de impedir la sensación de astenia, se dará 10, 20 ó 30 gotas diarias de solución de adrenalina. Durante la cura se guardará reposo completo en cama. El tratamiento primitivo de ocho días de duración tiene inconvenientes de trabajo, monotonía, etc; nosotros acostumbramos hacer una o dos curas de cuatro días de duración cada una, separadas por un período de alimentación menos estricto, o bien curas de sólo dos días, cuando lo exigen así las condiciones de trabajo del enfermo. Siempre que sea posible, resultará más cómodo hacer el tratamiento en época templada. El régimen es perfectamente tolerado, la sensación de hambre transitoria y la sed poco intensa. Una diuresis abundante elimina las reservas, siempre excesivas, de agua. Se aconseja examinar diariamente corazón, pulso y presión arterial, interrumpiendo la dieta, en caso necesario; nosotros no hemos tenido nunca ac-

cidentes, a pesar de no haber seguido, muchas veces, día a día, el desarrollo de la cura. En los días siguientes el régimen será progresivamente modificado hasta llegar a la ración restrictiva, adecuada a la talla y actividad del sujeto, permitiéndosele levantar algunos minutos. Deberá indicarse, en lo sucesivo, durante cierto tiempo, el reposo en decúbito dorsal.

El éxito más evidente, fué obtenido con una obesa de 142 kgr. de peso, y 1,68 m. de talla; había sido atendida, por su adiposidad, en diversos servicios hospitalarios, con resultados casi nulos, pues a costa de grandes sacrificios, nunca había logrado rebajar más de 1 kgr., que recuperaba luego, no obstante seguir el método clásico, a base de restricción de alimentos, y ejercicio muscular intenso. En honor a la verdad, debemos decir que insistimos en el mismo tratamiento, pero vista su ineficacia, sometidos a la enferma a la dieta de Karell, durante cuatro días, observando, al final de ellos, con sorpresa, una pérdida de 3.300 gr., acompañada de sensación de bienestar general.

No hay que olvidar que la enferma había estado en asistencia, durante más de un año, con resultado negativo. Las pérdidas de peso obtenidas en los diversos casos han variado entre los 1.500, 2.000 y 3.000 gr., en curas de dos y cuatro días, siendo tanto más evidente, el éxito, cuanto mayor la sobrecarga grasosa. La sensación general de bienestar que experimenta el enfermo, es de gran valor psicológico para la observancia posterior del tratamiento.

En esta cura de Karell interviene un doble factor: reposo, en posición horizontal, y limitación de los ingestas alimenticios, resultando el éxito, de la acción combinada de ambos. Una vez que el enfermo ha perdido su sobrecarga adiposa, es necesario ponerlo en condiciones de mantener su peso normal; es entonces, sobre todo, que está indicado el ejercicio, como agente preventivo de la recaída, el que no conviene, de ninguna manera, en la primera época del tratamiento. Es en este segundo período que su aplicación no presenta inconvenientes orgánicos, pues las funciones circulatorias, renales y hepáticas, etc., están regularizadas total o parcialmente, y el enfermo no corre riesgo de fatigarse, vale decir, de intoxicarse, transportando durante el trabajo muscular el exceso de reserva grasosa.

La marcha no acelerada, es en su forma ordinaria, un ejercicio lento, poco intenso, excitante de la asimilación, y sólo comienza a producir ligeros efectos catabólicos, cuando alcanza una velocidad media de 6 km. por hora, efectos que se acentúan al llegar a los 7 km., que es casi la carrera. La marcha en ascenso, es de mayor eficacia, pues determina sudación abundante, y adelgazamiento real, siendo recomendable por ello. Algunos deportes, como golf, tennis de los aficionados, natación lenta, están igualmente contraindicados por ser estimulantes de la nutrición.

La fórmula general, para juzgar el valor terapéutico de los ejercicios en la obesidad, puede enunciarse en tres proposiciones:

1.° Es eficaz todo ejercicio que lleva al paciente a la fatiga normal (lo que no es el surmenage) y produce sofocación, taquicardia y sudación abundante.

2.° Todo ejercicio que determina surmenage origina la intoxicación del organismo, manteniendo o acentuando la obesidad. Cuando el surmenage actúa sobre individuos de nutrición normal produce adelgazamiento.

Es necesario establecer el límite que existe entre la fatiga normal y el surmenage; éste aparece tan pronto como los signos esenciales de la fatiga consecutiva al ejercicio no se disipan con una noche de reposo, si el sujeto está entrenado. En el período de entrenamiento, cuya duración media es de tres semanas, los síntomas de cansancio se prolongan durante cierto número de días, tanto mayor cuanto menos entrenamiento y más peso tenga el paciente.

3.° Los ejercicios intensos, rápidos y prolongados, determinan abundante sudación, y son los únicos que pueden actuar eficazmente, a condición de ir asociados a dietas restringidas, o por lo menos a raciones alimenticias de equilibrio.

Si la cura es interrumpida se observa que es tanto más fácil mantener el peso, cuanto mayor ha sido su descenso.

Al comienzo del tratamiento por régimen y reposo, hay una pérdida mayor de peso que de volumen; en la segunda fase, la de ejercicios, la pérdida de volumen prima sobre la de peso; éste puede quedar estacionario por aumento de la densidad de los tejidos, al reemplazar, en parte, el músculo a la grasa. Por ello las variaciones volumétricas son tan interesantes como las de peso, y si la balanza es útil, para control en la primera fase, la cinta métrica puede serlo en la segunda. Con la restricción alimenticia hay, en relación, aumento de la asimilación y disminución de la desasimilación. Esto explica por qué en ayunas el adelgazamiento es más lento, en proporción, que cuando se ingiere una alimentación reducida, pues el organismo sabe adaptarse a la cantidad de ingestas.

SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL PROF. T. MARTINI

Anemia hipocrómica con sindrome neuroanémico en un enfermo con diarrea crónica. Eficacia del tratamiento ferruginoso

POR LOS DOCTORES

TULIO MARTINI, EMILIO LIDA

Y

ALFREDO DÓSSOLA

La asociación de diarrea y anemia es bien conocida en patología y se encuentra sobre todo en el sprue, en la enfermedad celíaca de Gee y en general en las diarreas grasas y quilosas. Menos común es la asociación de anemia con diarreas por enteritis o colitis crónicas infecciosas o parasitarias, así como la aparición de manifestaciones que traducen la participación del sistema nervioso. Dada la poca frecuencia de los casos descritos, especialmente entre nosotros, y la inseguridad de las normas terapéuticas existentes, nos pareció útil dar a conocer la presente observación personal, que nos permitirá insistir en la importancia de un diagnóstico hematológico preciso para efectuar un tratamiento satisfactorio.

Resumen de la historia clínica 6136

F. O., de 48 años de edad, refiere que desde hace unos ocho años tiene una diarrea con hasta diez evacuaciones diarias, acompañadas de tenesmo y frecuentemente sanguinolentas. Hace unos seis años comenzó a presentar distensión epigástrica post-prandial, pituitas y trastornos nerviosos. Ya al empezar a comer, sobre todo en el almuerzo, sentía una distensión y plenitud molestas que desaparecían espontáneamente a las dos o tres horas; no calmaban con los alcalinos ni el decúbito. A veces tenía vómitos, con lo que se aliviaba al instante; en las materias devueltas se reconocían los alimentos.

Al levantarse por las mañanas y después de las siestas, arrojaba una bocanada de saliva espesa «con gusto a salitre», no ácida. La plenitud postprandial y las pituitas casi no han faltado ningún día desde su iniciación.

Por la misma época comenzó a sentir entumecimientos en las extremidades, criestesias, hormigueos, calambres en las masas musculares y disminución de la sensibilidad, especialmente en los dedos de las manos, al punto que últimamente tenía dificultades para abotonarse. Hace un año empezó a tener disnea de esfuerzo y de decúbito; se fatigaba con un ejercicio moderado que antes toleraba perfectamente; debía dormir con más de dos almohadas y aun así despertaba sobresaltado. Notó, además, que se estaba poniendo pálido.

No recuerda enfermedad anterior. Desde hace más de 20 años tomaba de uno a dos litros de vino por día en las comidas; con frecuencia, ingería también cerveza y aguardiente. Hasta su internación fumaba tres paquetes de cigarrillos por día.

Físicamente, se trata de un sujeto macroesplácnico con cierto grado de palidez amarillenta en los tegumentos. La lengua es de color rosa pálido y de una lisura llamativa en casi toda su extensión, pero no le causa molestias. Pulso, 92 por minuto; presión arterial, 135/80 (Boulitte); hay cierta ingurgitación venosa en la base del cuello; los tonos cardíacos se auscultan algo alejados. Respiraciones, 22 por minuto; bases libres. El borde superior del hígado se percute en el cuarto espacio intercostal; el borde libre se palpa en las inspiraciones profundas a unos cuatro dedos del reborde costal; su consistencia está aumentada y es algo sensible. Al examen neurológico, se observa una franca hiporreflexia tendinosa; duele la presión de las masas musculares; hay hipoestesia táctil en los dedos de las manos; el paciente siempre ha sido muy criestésico y manifiesta que en los días fríos o después de lavarse con agua fría, llega a perder el tacto. Investigado el sentido de las posiciones segmentarias en los dedos de los pies, las respuestas erróneas son frecuentes. Equilibrio y marcha correctos. Se obtienen con facilidad sacudidas nistágmicas en sentido horizontal. La potencia genital se encuentra muy disminuída últimamente.

De los *exámenes complementarios,* el estudio radiológico reveló una gastritis; el examen fraccionado del contenido gástrico dió una curva acidimétrica más o menos normal; urea en sangre, 50 mgr. %; el estudio químico y parasitológico de las materias fecales fué negativo, lo mismo que la serorreacción de Kahn.

Examen hematológico (12 de agosto de 1937)

Hematíes, 4,14 millones; leucocitos, 5.100 (recuentos según Bürker). Reticulocitos, 2 % (Osgood).

Volumen globular corregido, 28,5 % (Wintrobe).

Hierro total, 23,58 mgr. % (método de Wong); hemoglobina, 7,04 gr. % (calculada según el hierro).

Para caracterizar la anemia hemos calculado las relaciones globulares en unidades absolutas adoptando los valores normales de Wintrobe:

Volumen corpuscular medio, 69,1 micrones cúbicos (79 % de lo normal).

Hemoglobina corpuscular media, 17 micromicrogramos (58 % de lo normal).

Concentración hemoglobínica corpuscular media, 24,7 % (71 % de lo normal).

Hemograma: granulocitos neutrófilos, 58,5 por 100 (metamielocitos, 0,5; lobulados, 6,5; segmentados, 51,5); granulocitos eosinófilos, 1 %; granulocitos basófilos, 1,5 %; linfocitos, 30,5 %; monocitos, 6 %; células de Rie-

der, 2 %; células de Türk, 0,5 %. Intensa anisopoiquilocitosis con predominio de microcitos; normoblastos (1 % de los elementos nucleados del hemograma) y hematíes policromatófilos y basófilos. Plaquetas en cantidad aumentada y anormalmente grandes.

En resumen: 1.°, moderada disminución del número de hematíes, con 2.°, reducción del volumen, y 3.°, de la carga hemoglobínica. Este último es el trastorno fundamental.

Con este resultado del examen hematológico en un enfermo dispéptico y diarreico se hace el diagnóstico de anemia hipocrómica microcítica por absorción deficiente del hierro. Se prescriben 6 tabletas por día de sulfato ferroso compuesto (Fersolín), lo que representa en conjunto 1,35 gr. de la sal ferrosa desecada, equivalentes a unos 400 mgr. de hierro metálico. La mejoría fué sorprendentemente rápida: a las dos semanas del tratamiento la palidez y la disnea habían desaparecido; un examen neurológico amablemente hecho para nosotros por el doctor Spota demostró que sólo persistía una ligera hiporreflexia patelar; la potencia genital se hallaba también muy mejorada. He aquí el resultado del examen hematológico efectuado el 26 de agosto de 1937:

Hematíes, 4,87 millones; leucocitos, 4.900; reticulocitos, 2,5 %.

Hierro total, 36,9 mgr. %; hemoglobina (calculada), 11,01 gr. %; volumen globular, 43,8 %.

Volumen corpuscular medio, 89,9 micrones cúbicos (103 % de lo normal).

Hemoglobina corpuscular media, 22,6 micromicrogramos (82 % de lo normal).

Concentración hemoglobínica corpuscular media, 25 % (71 % de lo normal).

El volumen globular se ha normalizado, no así la carga hemoglobínica del eritrocito, aunque está sensiblemente aumentada; la concentración hemoglobínica corpuscular media es la misma en ambos análisis porque el volumen globular y la hemoglobina crecieron en igual cantidad (24 %).

COMENTARIO

En resumen, se trata de un enfermo que presenta una diarrea crónica en el curso de la cual se instala lentamente una anemia caracterizada por hipocromía y microcitosis y que se acompaña de trastornos nerviosos. Veamos cuál puede ser el mecanismo de este cuadro patológico.

Se sabe actualmente que para la eritropoyesis normal son indispensables ciertas substancias que se absorben en la parte más alta del intestino y cuyo defecto origina los diversos tipos de anemias macrocíticas, microcíticas e hipocrómicas. Estos *factores hematínicos* pueden faltar:

1) Por anomalía constitucional del paciente, como sucede en la anemia perniciosa genuina de Addison - Biermer y probablemente también en la anemia aclorhídrica simple de Witts.

2) Por deficiencia cuantitativa o cualitativa de la dieta, circunstancia frecuentemente agravada por la anorexia. Crohn ha insistido sobre el peligro de los regímenes restringidos prolongados prescritos a menudo en las enfermedades del aparato digestivo y de la nutrición. Ejemplos de este grupo son muchas anemias de la infancia, la de la hiponutrición o inanición crónicas, la perniciosa gravídica, la escorbútica... El éxito que se obtiene con una dieta correcta, suplementada, según los casos, con hierro, sales o vitaminas, apoya esta patogenia.

3) Por mala absorción intestinal. La diarrea crónica de cualquier naturaleza es una gran causa de absorción deficiente, sea porque la aceleración del tránsito del contenido intestinal no da tiempo a que se complete la absorción de los factores esenciales o porque el proceso patológico modifica finalmente la mucosa, lo que acarrea nuevas dificultades para la absorción. En este último sentido obran también el alcoholismo y el tabaquismo crónicos, que en nuestro caso eran factores agravantes.

Los tres factores enumerados se asocian a menudo: Keefer y sus colaboradores han descrito numerosos casos en los que la diarrea aparecía como complicación de una hiponutrición crónica más o menos prolongada; recuérdese también que en una avitaminosis tan típica como el beri-beri, la disentería es un síntoma habitual. Aun antes de los descubrimientos fundamentales de la escuela de Harvard, la hematología clásica concedía a las afecciones gastrointestinales un papel importante en la génesis de las anemias, especialmente de la perniciosa, en la que Seyderhelm propuso e hizo realizar en enfermos el abocamiento del intestino a la piel, con fines de drenaje depurativo.

Corresponde al estudio hematológico preciso determinar cuál es el factor hematínico que se halla en defecto a fin de aportarlo en forma suplementaria y el objeto de esta comunicación es justamente insistir sobre la utilidad de estudiar el cuadro eritrocítico en unidades absolutas para caracterizar exactamente el tipo de anemia. La eficacia del tratamiento adecuado es tan grande que la mejoría se instala a pesar de que no se ataque quizás a la causa de la afección intestinal, a

menudo difícil de precisar, como en nuestro enfermo. Lo mismo puede decirse de las pérdidas sanguíneas: aunque agravan el cuadro no impiden generalmente el buen éxito del tratamiento.

El estudio de nuestro enfermo permite destacar algunas características especiales. Llama la atención, ante todo, la intensidad de la regeneración de la hemoglobina: en dos semanas el paciente ganó 3.97 gr. % del pigmento, lo que equivale a unos 283 mgr. por día, o sea, el 4 % diario de su tasa inicial. Según Witts no es frecuente que la regeneración exceda el 2 % diario. No es habitual tampoco en este tipo de anemias que los síntomas nerviosos alcancen la intensidad que presentaban en nuestro caso, pero como puede verse en la revista reciente de Woltman y Heck, éste es un tema en pleno examen. De cualquier modo, la rápida eficacia del tratamiento depone contra la naturaleza orgánica de los trastornos.

SERVICIO DE CIRUGÍA GEN. DEL DR. ADOLFO V. SACCO

Consideraciones sobre un caso de pancreatitis hemorrágica

POR EL

DR. BENJAMÍN RIVAS DÍEZ

Docente libre de Clínica Quirúrgica

Ninguna enseñanza más fecunda que la muerte de nuestros enfermos, cuando ella es aprovechada como un motivo para hacer un honesto examen de conciencia y explicarnos el porqué de nuestros errores. Tal es el caso que paso a referir, junto con las consideraciones que nos ha sugerido.

I. M. de P., argentina, de 22 años, casada. Historia 10370 del Servicio del Dr. Adolfo V. Sacco. Ingresa el 12 de noviembre de 1935, con un cuadro agudo de abdomen.

De la detallada historia archivada en nuestro Servicio tomo solamente los datos de importancia.

Antecedentes hereditarios. — Muy buenos.

Antecedentes personales. — Sarampión con complicaciones pulmonares a los 8 años. Flemón amigdalino a los 18. Menarquia a los 12; reglas abundantes de cuatro días de duración, regulares. Una metrorragia a los 17 años, que le duró un mes. Ultima menstruación hace 20 días, normal. Casada a los 20 años; ha tenido un hijo de parto normal, que vive sano; no tuvo abortos; no hay datos de enfermedad venérea. Su peso de soltera ha oscilado alrededor de 95 kgr.; con régimen alimenticio ha conseguido rebajar unos 10 kgr., en cuyo peso se mantiene. Como a los tres meses de casada, empezó a sufrir de trastornos digestivos caracterizados por acidez, dolor epigástrico, digestiones lentas y estado nauseoso, todo lo cual se atribuyó a manifestaciones grávido-tóxicas. Como a los seis meses de embarazo, fué sorprendida después de la media noche con intensos dolores de vientre con todas las características de un cólico hepático, siendo necesario aplicarle morfina. Se levantó después de tres días, sin sentir mayores molestias. Un mes después se repite el mismo cuadro y esta vez necesitó quince días para reponerse, no obstante lo cual, conservó siempre un estado dispéptico e intolerancia alimenticia. Llegó así hasta el momento del parto, que fué normal, después de lo cual se sintió perfectamente bien. Pero dos meses después, y sin causa apreciable, se repite un nuevo ataque que la obliga a establecer un severo régimen alimenticio y tratamiento médico a base de drenaje biliar. No da datos de ictericia ni de infección biliar.

Enfermedad actual. — Desde hace siete días, se inició un nuevo cuadro doloroso de vientre con localización en epigastrio, hipocondrio derecho, e irradiación a ambas bases del tórax, acompañado de vómitos y de desvanecimiento. Casi al mismo tiempo le atacaron intensos dolores del bajo vientre, principalmente a nivel de la fosa ilíaca izquierda. Como no consiguiera mayor alivio con los recursos empleados en las anteriores ocasiones, resuelve internarse en nuestro Servicio.

Estado actual. — A su ingreso en nuestro Servicio nos llama la atención su excelente aspecto general. Persona bien desarrollada, más bien obesa, facies normal; temperatura, 37°5; pulso, 100 por minuto. Se queja de dolores en el bajo vientre con preferencia, y secundariamente en la región epigástrica. Un rápido examen de su aparato respiratorio y circulatorio no revela nada de particular fuera de la taquicardia ya anotada.

Abdomen. — Algo distendido, conserva su movilidad respiratoria. Tenso a la palpación, sin contractura muscular. Hay dos zonas dolorosas; una en el bajo vientre a nivel de la fosa ilíaca izquierda, donde la menor presión despierta dolor, no siendo posible recoger datos de la profundidad; otra zona dolorosa ocupa la región epigástrica y del hipocondrio derecho. A nivel de la zona vesicular el dolor es más exquisito, despertándose defensa muscular a la presión. La percusión demuestra que el borde inferior del hígado se percute como a dos traveses de dedo del reborde costal. Bazo en sus límites; riñones no se palpan.

Organos genitales. — Externos, normales. Hay algo de pérdida sanguínea de aspecto menstrual. Al tacto se aprecia una matriz de tamaño, forma y posición normales. Fondos de saco laterales algo tensos y dolorosos. Anexos no se palpan; fondo de saco de Douglas, libre.

Evolución de la enfermedad. — Sin una interpretación exacta del caso, y sin ningún apremio para intervenir quirúrgicamente, se resuelve la expectación con bolsa de hielo al vientre y Murphy permanente con suero glucosado.

Durante tres días la enferma acusó una progresiva mejoría en cuanto a su síndrome de abdomen

superior, conservando siempre sus dolores en el bajo vientre.

Al cuarto día, sin motivo justificado, tuvo nuevamente un violento cólico hepático, reproduciéndose un pasajero estado de colapso como el anteriormente mencionado, todo lo cual cedió después de una inyección de morfina y tónicos cardíacos. Un nuevo examen practicado al día siguiente demostró como siempre la zona dolorosa del bajo vientre y algo de reciente aparición en el abdomen superior. A ese nivel el hipocondrio derecho era doloroso a la palpación, con defensa en ese cuadrante y confundiéndose con él una tumoración redondeada a nivel del epigastrio, de límites bien circunscriptos, sin movilidad ninguna y cuya matitez se confundía con la del hígado.

Teniendo en cuenta la mejoría de los días subsiguientes se continuó en la misma forma con hielo al vientre, hepatol, suero glucosado hipertónico, 20 unidades de insulina por día.

Así las cosas, un buen día, mientras la enferma se trasladaba de su cama al cuarto de baño, tuvo un vahido, lanzó un grito y apenas tuvieron tiempo de socorrerla cuando cayó en un estado de verdadero colapso. Se le hizo toda la medicación de urgencia sin conseguir más que una leve mejoría. Examinada por nosotros varias horas después del accidente que había ocurrido de noche, nos encontramos con una enferma intensamente pálida, disneica, pulso incontable, abdomen distendido, timpánico, sin defensa localizada, uniformemente doloroso, pero fácilmente depresible.

Se pensó, antes que nada, en una hemorragia interna por rotura de un embarazo tubario, pensando en el cuadro doloroso de fosa ilíaca izquierda y en su pequeña metrorragia de los días anteriores. Sin embargo, lo único positivo para ese diagnóstico era el repentino estado de colapso y su intensa palidez; en cambio, el tacto vaginal apenas si nos mostraba un Douglas algo distendido; no había signos de derrame, que no debían faltar si la hemorragia fuera todo lo grande que era menester para darnos tales síntomas. Además, la presión arterial, no obstante el estado de colapso, se mantenía en 10 y 7 al Pachon, y la inyección de dos litros de suero fisiológico, uno de ellos intravenoso, no modificó en ningún momento el pulso como pasa en las hemorragias.

Las peritonitis por perforación de víscera hueca que podrían dar cuadros repentinos de abdomen agudo, quedaban eliminadas por la falta de contractura muscular, la conservación de la matitez hepática, la facies, etc.

Igualmente se descartaron los demás sindromes de abdomen agudo, como los de pedículo torcido, infarto mesentérico, oclusión intestinal, etc., con los cuales podía tener un ligero contacto en lo que se refiere a la brusquedad del comienzo, a la distensión del vientre, etc., pero faltando los signos clínicos y semiológicos característicos de estas afecciones.

Dado lo apremiante de las circunstancias, se resuelve la intervención inmediata con el diagnóstico dudoso entre pancreatitis hemorrágica sugerido por nuestro jefe Dr. Sacco, y el de hemorragia interna por rotura de embarazo tubario sostenido por alguno de nosotros.

Cirujano: Dr. Rivas Díez. Ayudantes: Dr. Marcovechio y Alende. Anestesia general con éter.

Laparotomía mediana infraumbilical. Líquido sanguinolento obscuro en el vientre. Con gran sorpresa, no se encuentra en genitales ni embarazo extrauterino ni la más insignificante lesión inflamatoria. Inmediatamente se busca y se encuentra en el epiplón manchas de citoesteatonecrosis. Desviando el ombligo se prolonga la laparotomía hacia el abdomen superior. Se cae en un gran plastrón que comprende el epiplón, ansas delgadas y vesícula biliar y en el fondo un gran hematoma ocupando la región del páncreas. Se llega hasta él a través del epiplón gastrocólico, comprobando un gran esfacelo de tejidos de la retrocavidad de los epiplones. Se comprueba que la vesícula biliar estaba llena de cálculos y dado el grave estado de la enferma se resuelve terminar con un drenaje taponamiento a lo Mickulitz del lecho pancreático. Cierre parcial de la pared en un solo plano. Duración de la operación: 20 minutos. Suero, tónicos cardíacos, insulina. La enferma fallece una hora después.

Y como sucede muchas veces, recién al final de este doloroso epílogo, se nos han aclarado las cosas raras que apreciábamos en esta enferma.

COMENTARIOS

Nuestra enferma era indiscutiblemente una antigua litiásica biliar por sus antecedentes clínicos. El episodio agudo que la trajo a nuestro Servicio era uno de los tantos que había tenido y que respondía exactamente al de un cólico hepático.

Pero había un cuadro doloroso en el bajo vientre acompañado de una ligera metrorragia, que desplazó nuestra atención en forma tal, que hasta llegamos a pensar en ciertos momentos, por razones de jerarquía del dolor, que el del cuadrante superior no era sino un reflejo de este otro. Pero este otro ¿a qué correspondía? Tampoco estábamos seguros. Los antecedentes no nos daban lugar a pensar en ningún proceso inflamatorio; el examen genital no nos mostraba nada de particular en la matriz ni en los anexos.

La persistencia del dolor era tal, que en ciertos momentos ante la discordancia de los síntomas subjetivos con los objetivos, llegamos a pensar en un fondo de pitiatismo.

Cuando después de su último episodio doloroso de abdomen superior, de singular intensidad y acompañado de un estado lipotímico, apareció una tumoración epigástrica que por arriba se continuaba con la matitez hepática y que tenía muy escasa movilidad, no nos fué difícil encontrarle una explicación, pensando en un proceso inflamatorio de origen vesicular que había formado un plastrón como suele observarse en estos casos a donde concurre la vesícula, el epiplón, y hasta ansas intestinales.

Las pruebas de laboratorio no nos daban otras luces; el análisis de orina, y el de sangre (fórmula y recuento) era normal. No se pudo contar con la ayuda de los rayos X, que nos hubieran servido mucho, porque como siempre la consideramos un abdomen agudo, no queríamos movilizarla en ningún sentido.

En resumen, mientras duró la observación de esta enferma nos inquietaban varias cosas: 1.°, las características anormales de sus dolores; 2.°, la permanente taquicardia; 3.°, el estado lipotímico que acompañaba a las crisis agudas, y 4.°, la aparición de su tumoración epigástrica.

CONCLUSIONES

Todas las cosas raras que presentaba esta enferma, estaban indiscutiblemente dadas por la participación del páncreas.

Vamos a analizar uno por uno estos síntomas.

1.° *El dolor.* — Es muy difícil pretender hacer de la intensidad y localización del dolor en los cuadros abdominales un índice seguro de diagnóstico, pero es indiscutible que en la pancreatitis, debida a la lesión anátomo-patológica y al mecanismo por el que se producen, tiene algunas características. Sabemos que para la explicación de los dolores abdominales hay dos teorías: la de Lenander, o sea por intermedio de las serosas, y la de Ross, Head y Mackenzie, o sea por el simpático como intermediario entre las vísceras y el sistema cerebroespinal. En el caso de las pancreatitis el dolor tendría como origen una irritación química producida por la acción cáustica y corrosiva de los jugos pancreáticos sobre los tejidos vecinos, entre los cuales están los ricos plexos nerviosos que van a parar al gran plexo solar.

Esto hace que los dolores sean permanentes, terebrantes, sin intermitencias ni paroxismos y esto explica también las irradiaciones a distancia transmitidas por las conexiones nerviosas. Así podría explicarse en el caso de nuestra enferma los dolores del bajo vientre ya por las conexiones nerviosas, o por la irritación de la serosa peritoneal por los líquidos de escurrimiento del abdomen superior que van a caer a la pelvis.

Colapso. — Es clásico referir la tendencia al colapso en las pancreatitis a la intensidad del dolor, pero es más posible que se deba por una parte a la vecindad de las cápsulas suprarrenales, que, como sabemos, mantienen el tonus cardiovascular por intermedio del simpático, sea que éstas hayan sido directamente atacadas, o simplemente por lesión de sus plexos nerviosos. Por otra parte, cada vez va ganando más terreno el concepto de que tanto en las pancreatitis como en los infartos de intestino y aun en los infartos pulmonares, son fenómenos de alergia en organismos sensibilizados para determinadas albúminas. En este caso el colapso sería un verdadero shock proteínico por el pasaje a la circulación de las albúminas digeridas por el poder destructor del jugo pancreático.

Taquicardia. — La excitación del simpático producida por la mencionada participación de las cápsulas suprarrenales explicaría este síntoma.

Tumoración epigástrica.—En una enferma calculosa, con repetidos cólicos hepáticos, es fácil suponer, de acuerdo con la consabida reactivación del jugo pancreático por el reflujo biliar, la producción de su pancreatitis. Así se fueron formando progresivamente las lesiones parenquimatosas y las lesiones vasculares que dieron origen a un gran hematoma que permaneció encapsulado en el páncreas, constituyendo un verdadero seudoquiste hemorrágico. Pancreatitis aguda enquistada o hematocele pancreático según la clasificación de Brocq, cuya rotura produjo el episodio final.

Para terminar, repetiré lo que ya clásicamente se ha dicho:

1.° Tener siempre presente la participación más o menos seria del páncreas en las colecistitis.

2.° Desconfiar de todo cólico hepático que se prolongue más de lo habitual, que se repita en forma subintrante sin motivo justificado, que se acompañe de tendencia al colapso, que se irradie con preferencia al hemitórax o hemiabdomen izquierdo, que su dolor en lugar de ser tipo cólico, sea continuo y sin remisiones.

3.° Investigar la presencia de tumoraciones epigástricas profundas, medianas, con los caracteres semiológicos correspondientes a los del páncreas.

4.° En casos dudosos operar precozmente antes de la aparición del llamado drama pancreático, ya que la operación en estas condiciones es tan grave que en la encuesta sobre el tema hecha por los más grandes cirujanos alemanes en el año 1936 llegaron a la conclusión de que más vale la abstención quirúrgica y la medicación anti-shock con adrenalina, o efedrina y suero fisiológico.

5.° En los casos operados precozmente, tratar de agregar al drenaje del lecho pancreático, el drenaje de la vía biliar por el camino más fácil, pues derivando la bilis se disminuye la tensión de esta vía biliar y por ende el espasmo del esfínter de Oddi, que favorece el reflujo biliar hacia el páncreas, con los consiguientes efectos de reactivación del jugo pancreático.

SESION DEL 5 DE OCTUBRE DE 1937

PRESIDENCIA DEL PROF. DR. RAÚL NOVARO

COMUNICACIONES

1. Drs. Augusto A. Covaro y Héctor Venturino. — Perforación intestinal por cuerpo extraño.
2. Drs. Federico F. Taboada y Sadoc Nino. — Técnica de elección en las inyecciones intratraqueales de lipiodol.
3. Profs. Drs. Enrique Finochietto, Tulio Martini y Mario I. Pantolini. — Resultado alejado de una pericardiolisis por sínfisis pericárdica. (Se publicará en «La Semana Médica».)

SERV. DE CIRUGÍA GENERAL DEL PROF. E. FINOCHIETTO

Perforación intestinal por cuerpo extraño

POR EL

Dr. AUGUSTO A. COVARO

Y

HÉCTOR VENTURINO

La tolerancia del intestino por los cuerpos extraños es por todos conocida. Los movimientos peristálticos y la secreción de la mucosa intestinal, hacen que se deslicen sin inconvenientes a lo largo de la luz intestinal. Pero no siempre sucede así; cualquier causa patológica, como ser una brida, una retracción cicatrizal, una compresión del intestino, como también alteraciones de la motilidad, pueden ser causas de que este tránsito normal, se altere. Pero otras veces la causa no es imputable a alteraciones del intestino, sino a la naturaleza del cuerpo extraño o cómo fué ingerido.

Así, en un trabajo que publicamos con el Dr. Mesa, un simple orejón en un caso, y un trozo de naranja en otro, ingeridos sin masticar, fueron causa de sendas oclusiones intestinales que se resolvieron quirúrgicamente. Así también en este caso una espina de pescado que había recorrido una buena parte del intestino, sin causa justificada hace en un momento dado una perforación, y concomitantemente una obstrucción, ya sea por parálisis intestinal o por impedimento al libre tránsito.

La sintomatología está de acuerdo con el proceso; la perforación fué relativamente rápida y el derrame del contenido peritoneal no se hizo por lo pequeño y defendido de la perforación; la obstrucción concomitante es regla en estos casos y hasta cierto punto beneficiosa porque acelera el tratamiento.

La evolución es variable según los casos, unas veces el cuerpo extraño se enquista y no pasa nada, otras veces será el núcleo central de un estercolito y causa de una obstrucción. En otros casos hace la perforación intestinal, pero en forma progresiva, de manera que da lugar a la perforación de adherencias y el proceso se limita haciéndose un absceso frío estercoráceo que puede abrirse

en la luz del intestino, o al exterior, dando una fístula estercorácea.

El tratamiento depende del tamaño y aspecto de la perforación; si es un absceso, la conducta variará en cada caso, pero en los de perforación se hará el cierre de la misma.

Es importante hacer deslizar el bolo que se forma por detrás del cuerpo extraño; siempre hay que llevarlo hasta sobrepasar la válvula íleocecal; ésta puede ser un obstáculo en estos enfermos con cierta predisposición por atonía intestinal; nunca se debe incindir el intestino para extraer el bolo mencionado, pues no se haría más que aumentar el íleus con todas sus consecuencias.

Pasamos a relatar nuestra observación.

M. de S., 63 años, casada.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Constipada crónica hasta cuatro días sin mover el vientre.

Hace 24 horas comió pescado, no notando nada de particular.

Enfermedad actual. — Anoche, a las 23, comenzó a sentir dolor poco intenso en la fosa ilíaca izquierda; después fué aumentando, haciéndose tipo cólico; al mismo tiempo náuseas y vómitos alimenticios, instalándose constipación total para materias fecales y gases.

Estado actual. — Facies intoxicada. Palidez marcada. Desdentada.

Abdomen: Globuloso, sobre todo alrededor del ombligo; no se ven ondas peristálticas.

A la palpación paredes tensas, dolor en toda la mitad inferior del abdomen, pero más intenso en la fosa ilíaca izquierda, donde la resistencia de la pared es mayor; la percusión da timpanismo en la mitad inferior del abdomen. Signo de Jobert, negativo.

Tacto genital: Fondo de saco doloroso, poco «bombée».

Durante el examen la enferma acusa, por momentos, intensos dolores tipo cólico, que se inician en la fosa ilíaca izquierda. La temperatura oscila en 37°6; rectal, 38°6. Pulso: 96, arrítmico e hipotenso.

Operación.—Anestesia general, éter. Incisión mediana infraumbilical.

Abierto el peritoneo aparecen las asas del delgado muy dilatadas; una rápida exploración manual nos permite palpar en la fosa ilíaca izquierda, una tumoración que al exteriorizarla resulta ser el intestino delgado, abultado del tamaño de una mandarina, y al palpar su consistencia se tropieza con algo punzante que resulta ser una espina de pescado, que sale unos 3 mm., en la superficie del intestino, que presenta un pequeño orificio rodeado por fibrina. Haciendo tracción se consigue sacar la espina, que presenta en su base un espolón y que no le permite tal vez salir espontáneamente. Sacada la espina queda por detrás una tumoración en la luz del intestino que la obstruye; es redondeada y relativamente dura, con las características de alimento no digerido, haciendo un bolo que se hace deslizar gradualmente hasta el ciego, distante un metro aproximadamente.

Se hace el cierre en dos planos del orificio que dejó la espina, y cierre de la pared en forma habitual, dejando un pequeño tubo de drenaje. Se le administra poco después un enema hipertónico, teniendo una deposición más bien abundante, al decir de la enfermera, no habiendo podido ver el bolo mencionado.

Alta a los 15 días.

SERV. DE CLÍNICA MÉDICA DEL PROF. JOSÉ DESTÉFANO

Técnica de elección en las inyecciones intratraqueales de lipiodol

POR LOS DOCTORES

FEDERICO F. TABOADA y SADOC NINO

Médicos asistentes

Consecuentes con nuestro criterio sobre el carácter que deben tener las comunicaciones a esta Conferencia, ocupamos hoy la atención de nuestros colegas escasos minutos, para demostrar la gran conveniencia de adoptar, en las inyecciones intratraqueales de lipiodol, la vía bucal supraglótica en forma exclusiva, por la sencillez extrema de su técnica, por la seguridad de sus resultados, y porque con ella no se provoca al enfermo absolutamente ningún inconveniente, lo que no ocurre, por cierto, con ninguno de los otros procedimientos en uso. Por supuesto, el método que aconsejamos no constituye ninguna novedad; en nuestro medio es ya preconizado por Vaccarezza, quien modifica en parte la técnica de Nather, Oschner y Nesbit, y Singer, y comunica su impresión francamente favorable, en noviembre de 1935, en las jornadas extraordinarias de la Sociedad Argentina de Tisiología (*); en las mismas, también Ferreti y Pardo, de Rosario, comunican once casos inyectados con la técnica modificada por Vaccarezza, obteniendo en todos ellos excelentes resultados. Desde esa época lo adoptamos en el Servicio del Prof. Destéfano, habiéndolo empleado siempre con excelentes resultados y con una perfecta tolerancia por parte de los enfermos; no obstante el auge logrado en los últimos años por este método de exploración bronquial y la abundante bibliografía respectiva, hemos comprobado que el mismo es poco usado y aún desconocido por numerosos colegas, que nos manifestaron francamente su sorpresa ante la sencillez extrema de su realización.

(*) La Semana Médica, t. I, p. 1018, marzo 26 de 1936.

Resumiendo brevemente los métodos de inyección intrabrónquica, los dividiremos en: a) por vías artificiales, y b) por vías naturales: nasal y bucal.

Los primeros comprenden la inyección por punción intercricotiroidea, utilizada al principio por Forestier, y la inyección directa por toracentesis, abandonados ambos, especialmente el último por sus grandes peligros y lo limitado de sus indicaciones. Los métodos por vía nasal se dividen en supraglótico y transglótico; el primero, preconizado por Hicquet, consiste en volcar directamente el lipiodol, con un pequeño embudo, en una fosa nasal, previa anestesia de la misma y de la laringe, estando el enfermo sentado, con la cabeza en hiperextensión, mientras se tracciona fuertemente la lengua hacia afuera; en estas condiciones el lipiodol cae verticalmente de la parte posterior de las fosas nasales a la laringe; además de requerir una anestesia perfecta, difícil de obtener, y sin la cual el violento reflejo tusígeno inevitable hace inaplicable el método, éste tiene el inconveniente de la posición erecta obligada del enfermo, por lo cual sólo puede lograrse la penetración del lipiodol en la base de los pulmones, y especialmente en el derecho. Para la inyección por vía nasal transglótica, debe introducirse una delgada sonda de goma a través de una fosa nasal hasta la faringe, donde es «captada» con una pinza introducida por la boca y llevada así a través de la glotis hasta la tráquea; aquí el inconveniente es doble, representado por la travesía nasal y glótica.

El método más usado consiste en la inyección por vía bucal transglótica, utilizando una larga sonda rígida o semirrígida, habitualmente una «bequille», que debe llevarse hasta la tráquea por medio de una pinza laríngea, o simplemente con los dedos, como para una intubación; en esta forma el inconveniente consiste en el espasmo de la glotis, que se provoca en casi todos los casos, que algunas veces ha sido mortal, y que es siempre molestísimo; aun realizada por especialistas competentes, la introducción a través de la glotis es siempre incómoda, provoca disnea y tos violentas, y difícilmente se logra que un enfermo que la ha soportado una vez, acepte su repetición.

Frente a todos estos inconvenientes, la inyección por vía bucal supraglótica es totalmente innocua; la hemos realizado no menos de cincuenta veces sin el menor inconveniente, no provoca nunca tos ni espasmo glótico, no requiere instrumental ni técnica especializada, su realización es de una sencillez extrema, y puede realizarse con el enfermo sentado o en decúbito; todo ello es posible ya que obtenida la supresión del reflejo de deglución por anestesia de la faringe y de la base de la lengua, basta volcar en ésta el lipiodol, para que el mismo pase directamente a la tráquea sin el menor inconveniente, con lo que se suprime la violencia innecesaria de mantener al enfermo con su sonda colocada a través de la glotis; este sencillo principio da fundamento lógico al método, y permite realizar la inyección con toda comodidad; el lipiodol se desliza directamente y en todos los casos en la tráquea, por lo que a nuestro juicio, el empleo de las sondas transglóticas con todos sus inconvenientes es tan ilógico como sería el alimentar con sonda gástrica a quien no tenga ningún obstáculo para la deglución natural.

Por nuestra parte, hasta juzgamos innecesaria la inyección previa de morfina aconsejada por Vaccarezza, y lo mismo la tracción de la lengua en el momento de la inyección; tampoco es necesario que el enfermo permanezca en ayunas, con todo lo cual el método logra su máxima sencillez. Previamente debe anestesiarse la faringe y la base de la lengua, mediante vaporizaciones con una solución de novocaína, percaína o tutocaína al uno o dos por ciento; luego de obtenida, lo que se comprueba por la falta de reflejos a la excitación directa de la mucosa de las mismas, procedemos a la inyección mediante una cánula metálica, ligeramente incurvada en uno de sus extremos, que debe aplicarse directamente en la base de la lengua; el otro extremo, fuera de la boca, se une con un corto tubo de goma a una jeringa común que contiene el lipiodol (de 20 a 40 centímetros cúbicos) y éste se inyecta lentamente pasando directamente a la tráquea sin el menor inconveniente; la inyección preferente de determinada región pulmonar se logra colocando al enfermo en la posición adecuada, como en el método con sonda transglótica, en decúbito prono, lateral o en Trendelenburg, lo que no es un inconveniente para la llegada del lipiodol a la tráquea.

Como demostración de la eficacia del método presentamos algunas radiografías obtenidas con la técnica que comentamos; no insistimos sobre los detalles de cada una de ellas ni sobre otros aspectos interesantes de la broncografía lipiodolada; sólo nos proponemos demostrar que la inyección supraglótica por vía bucal es útil y cómoda, y si lo hemos logrado, aunque sea en parte, nuestro propósito se habrá cumplido.

SESION DEL 14 DE DICIEMBRE DE 1937

PRESIDENCIA DEL PROF. DR. RAÚL NOVARO

COMUNICACIONES

1. Drs. Benjamín B. Spota y Amadeo Alurralde. — Sindrome de «cola de caballo». Neurosífilis asociada.
2. Drs. Prof. Armando Camaüer y Jorge I. Sacón. — Periarteritis nudosa: enfermedad de Küssmaul - Meyer. (Con presentación de enfermo.)
3. Drs. Prof. Raúl Novaro y Ludovina O. Rochaix. — Tratamiento de la constipación intestinal por el régimen de la hora.
4. Drs. Arturo Burlando e Ismael W. Gramajo. — Etiopatogenia y tratamiento del lumbago. (Se publicará en «La Semana Médica».)
5. Drs. Prof. Raúl Novaro, Ambrosio Nijensohn y Romeo Bottassi.—Divertículo yuxtacardíaco de origen ulceroso.
6. Drs. Osvaldo Linari y Leonardo M. Parodi. — Contribución al tratamiento quirúrgico de la elefantiasis. («Boletín Soc. Cirugía».)
7. Drs. Osvaldo Linari, Leonardo M. Parodi y Aurelio B. Galdi. — Fractura grave de la columna vertebral y del fémur. Primer caso tratado con el clino-extensor. Restauración funcional completa. (Presentación de enferma.) («Prensa Médica Argentina».)

SERV. DE NEUROLOGÍA DEL PROF. MARIANO ALURRALDE

Sindrome de «cola de caballo» e hidatidosis múltiple

POR LOS DOCTORES

BENJAMÍN B. SPOTA

Docente libre de Clínica Neurológica
Jefe de Clínica. Médico legista

Y

AMADEO J. ALURRALDE

Jefe de Trabajos Prácticos
Médico asistente

La coexistencia de un dudoso terreno neurosifilítico con un sindrome de cauda equina despertado por traumatismo de la región sacro-lumbo-ilíaca, nos induce a presentar la historia clínica de este enfermo a la consideración de los distinguidos colegas de esta Sociedad.

HISTORIA CLÍNICA

L. R., 47 años de edad, argentino, soltero, peón rural, que ocupa la cama 15 del Servicio del Profesor M. Alurralde e ingresó el 5 de octubre de 1937.

Antecedentes hereditarios. — Padres fallecidos, ignora la causa. Fueron doce hermanos, de los cuales cuatro fallecieron, ignorando las causas. No sabe si hubo abortos.

Antecedentes personales. — Nacido a término, lactancia materna, deambulación y palabra en épocas normales. No hubo enfermedades en la infancia. A los 16 años blenorragia que no atendió, curándose luego espontáneamente. Fué siempre sano y no fuma ni bebe.

Enfermedad actual. — Seis meses antes de su ingreso, mientras andaba a caballo, cae de espaldas, chicoteando con la cabeza. Queda sin conocimiento por un momento, recuperándose y montó de nuevo a caballo y fué al paso las cinco leguas de vuelta a Chascomús. Al bajar del caballo ya no podía caminar: sentía fuertes dolores en la región lumbar y las piernas como adormecidas. Estuvo así un mes y medio, al cabo del cual pudo empezar a caminar y ya sin dolores volvió al campo y continuó trabajando. Dos meses trabajó bien sin inconvenientes, pasados los cuales empezó a sentir nuevamente dolores en la región lumbar y sensaciones de frío y calor, punzadas y hormigueos en las caderas, en los muslos, pantorrillas y pies, internándose en el Hospital de Chascomús por un mes y medio. Desde el comienzo del dolor, progresivamente va perdiendo las fuerzas en las piernas, no pudiendo caminar al cabo de 16 días. Al establecerse la imposibilidad de marchar, comienza un período de retención urinaria que duró dos meses, siendo necesario sondarlo diariamente y luego comenzó la incontinencia de orina que continúa hasta la fecha de su ingreso.

Radiografía 1

Estado actual (22-X-937). — Enfermo en regular estado de nutrición, piel morena, decúbito dorsal, pero ofreciendo ciertas características, semiflexión de miembros sobre tronco. La inspección del tronco, pares craneanos, facies, no revela nada de particular, salvo trastornos pupilares evidentes, anisodiscoria, pupila derecha mayor que izquierda, acoria, acomodación y convergencia conservadas (Argyll - Robertson).

La inspección de la región dorsal de la columna

es dificultosa por las escaras trocantéreas que existen y actualmente en retrocesión; sin embargo, no nótase nada de particular a la percusión de la columna, siendo indolora, no así en la región sacro-ilíaca, la cual es dolorosa. Prosiguiendo con la inspección, vemos que los M. I. están semiflexionados, el cuerpo apoya sobre el M. D. I., acentuado tales y en la cara posterior de ambos muslos y piernas, siendo los troncos nerviosos indoloros.

Movimientos activos. — Se reducen a un esbozado movimiento de rotación bilateral de ambos M. I.

Movimientos pasivos. — Amplificados extraordinariamente por la hipotonía.

Radiografía 2

equinismo y rotación interna bilaterales, perturbaciones tróficas evidentes y a neta distribución radicular. Trastornos vasculares, edemas, y faneras alteradas (onixis, perionixis).

La inspección de la región sacro-ilíaca revela una deformación y evidente alteración de las relaciones anatómicas de la zona, siendo la percusión discretamente dolorosa.

Palpación. — Las masas musculares nos revelan gran hipotonía y atrofia en las masas cuadricipi-

Fuerza muscular. — Abolida.

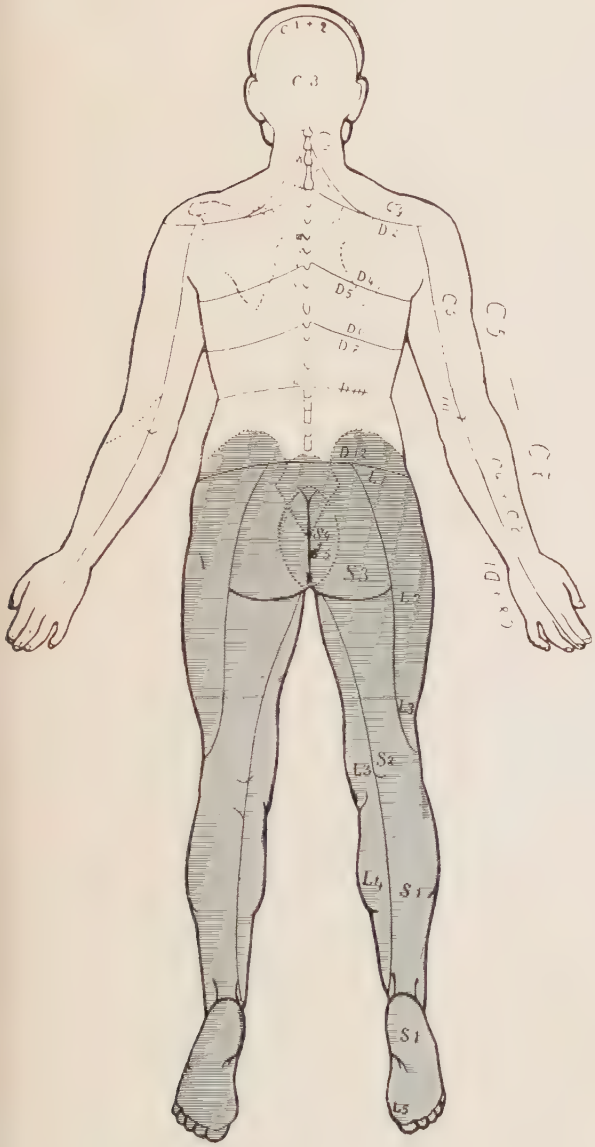
Reflectividad. — Abolida.

Reflejos cutáneos abdominales. — Exagerados. Cremasterianos muy disminuídos. Medio pubiano de Guillain exagerado. Cutáneo plantar abolido, así como los tibio y peroneofemorales. No hay signos piramidales ni de automatismo medular. Bulbo cavernoso abolido.

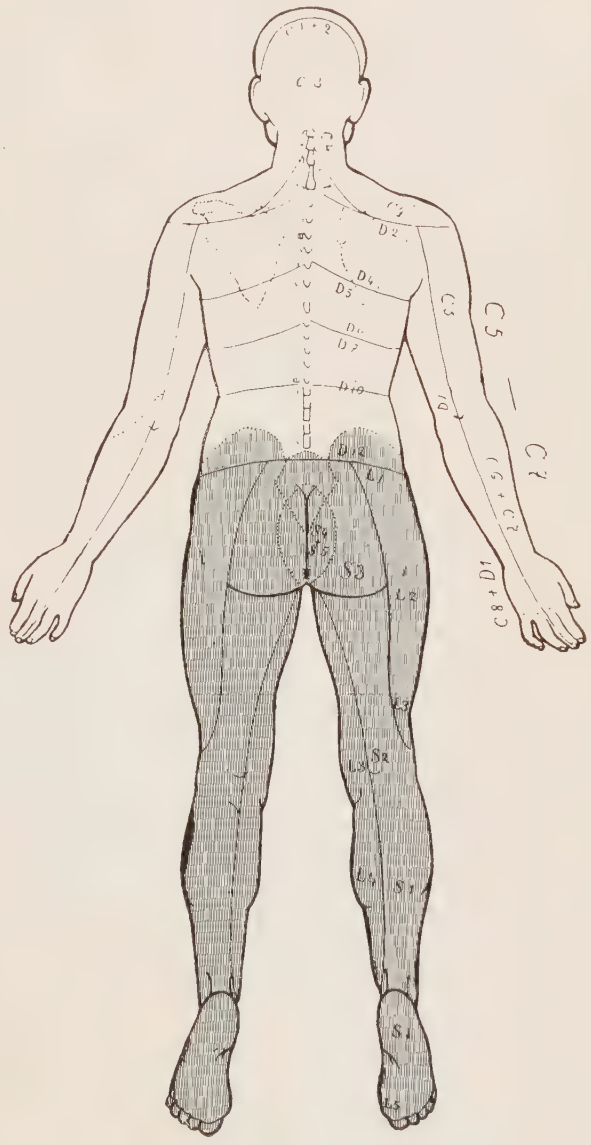
Sensibilidad. — Espontáneamente algias a neta distribución radicular, comenzando en la región sa-

cro-ilíaca en forma de cinturón hacia las bolsas, miembro viril y debajo del ombligo y en los trayectos anatómicos de ambos ciáticos, obturadores y crurales.

Táctil: Abolida en planta y dorso de ambos pies e hipoestesia acentuada a nivel de ambas regiones posteriores de las piernas (L. 5, S. 1, S. 2, S. 3, S. 4 y S. 5).



Sensibilidad profunda



Sensibilidad dolorosa-térmica

La sensibilidad térmica y dolorosa con una distribución muy aproximada a las anteriores.

Profunda: Abolida la vibratoria de ambas espinas ilíacas hacia abajo (palanestesia).

Actitudes segmentarias abolidas.

Esfínteres. — Retención de heces e incontinencia de orina (anteriormente hubo retención de esta última).

Estación y marcha. — Imposibles.

Psiquismo. — Normal.

Análisis de orina. — Abundante sedimento, reacción alcalina, muy ligeros vestigios de pus. Abundantes cristales de fosfato triple. Menos abundante carbonato cálcico. Regular cantidad de mucus. Escasos glóbulos pioides; abundantes gérmenes.

Análisis de sangre: Glóbulos rojos, 4.370.000 por milímetro cúbico; glóbulos blancos, 5.000 por milímetro cúbico. Eosinófilos, 3 %; basófilos, 1 %; neutrófilos, 48 %; linfocitos, 43 %; monocitos, 2 %; metamielocitos neutrófilos, 3 %. Reacción de Ghedini: negativa. Reacción de Kahn standard: negativa.

Electrodiagnóstico. — R D T más izquierda que derecha y más en pierna que en muslo.

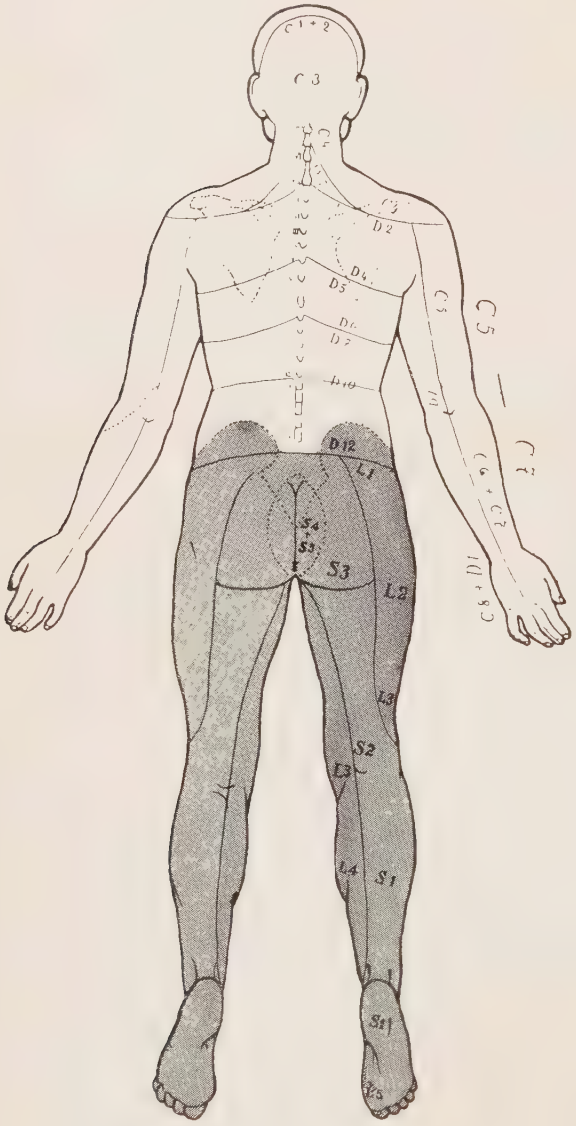
Análisis de líquido céfalo-raquídeo.—Tensión, 28; ligeramente turbio y rojizo (con un pequeño coágulo blanco-rojizo). Albúmina, 1,10 ‰ (Ravaut). Célula de Nageotte: 20 leucocitos y 3.200 eritroci-

tos por milímetro cúbico. Reacción de Guillain (benjuí coloidal): 1112,22222,21000.0. Reacción de Pandy: positiva +. Reacción de Nonne-Appelt: positiva +. Reacción de Weichbrodt: positiva +. Reacción de Wassermann: negativa.

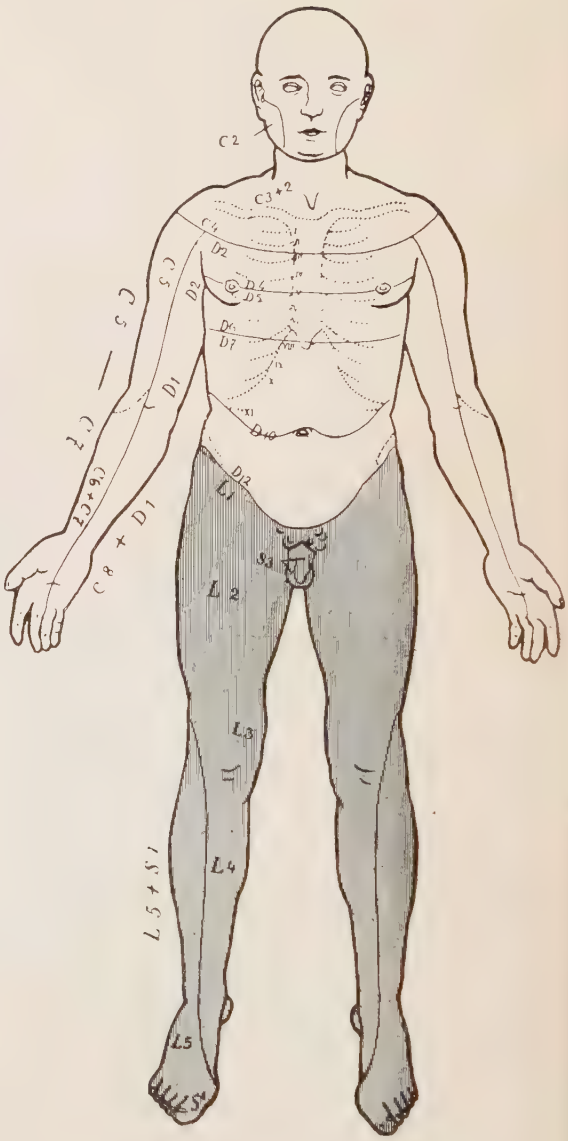
2.° La meningomielitis lumbosacra.

3.° Sindrome de compresión de la cola de caballo en un terreno nueroluético.

1.° Las *afecciones del cono medular* se perfilan por anestesia en silla de montar (S. 3, S. 4 y S. 5)



Sensibilidad táctil



Sensibilidad profunda

Comentario

Entre los antecedentes de L. R. recogemos la existencia de un violento traumatismo de la región lumbo-sacro-ilíaca, acaecida hace ocho meses. El estudio del estado actual neurológico nos revela: una paraplejía inferior flácida, con gran varo-equinismo, trastornos génito-esfinterianos, disturbios objetivos y subjetivos de la sensibilidad a neta distribución radicular y escaras isquiáticas.

Los diagnósticos topográficos susceptibles de discusión son los siguientes:

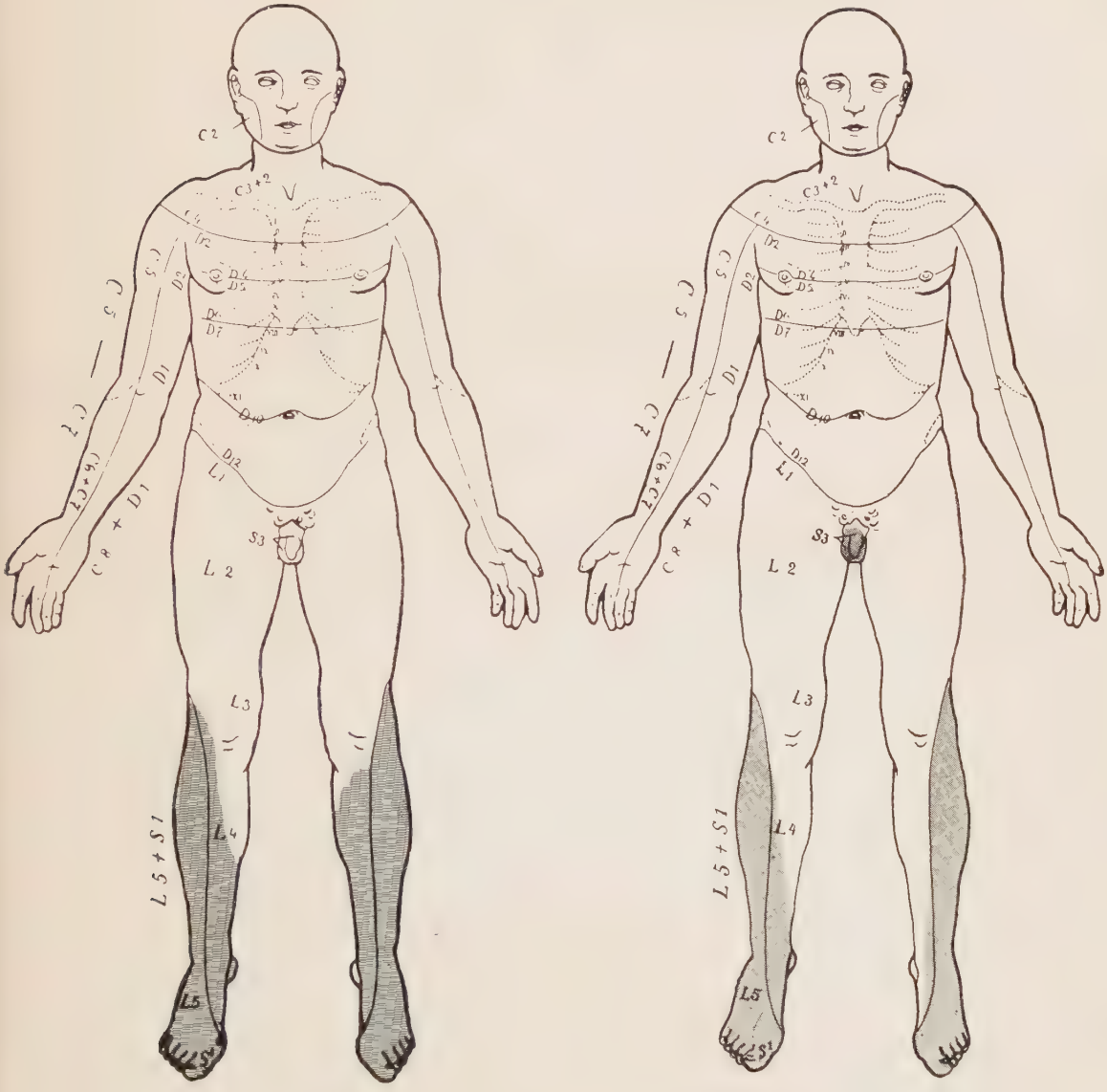
1.° Sindrome del cono medular.

y trastornos génito-urinarios, pero no traen por lo general paraplejía, estando los reflejos aquiliano y rotuliano conservados (segmentos medulares L. 5, S. 1 y L. 2, L. 3 respectivamente) por integridad anátomo-funcional de estos centros tróficos. La etiología es generalmente traumática y la disociación siringomiélica de la sensibilidad es la regla.

2.° La *meningomielitis lumbosacra*, localización muy rara de la sífilis medular, puede discutirse en nuestro caso.

En efecto, la paraplejía arrefléxica, atrófica, con disturbios objetivos de la sensibilidad, constituyen el carácter clínico más ostensible.

En nuestro caso su discriminación no se hace sin dificultad, pues hemos comprobado la existencia de claros signos pupilares (casi Argyll-Robertson) y de una evidente reacción meníngea; hipercitosis y positividad de las reacciones de las globulinas. Si bien estos caracteres nos autorizan, a nuestro entender, para aceptar la coexistencia de un terreno neurosifilítico, creemos que el diagnóstico de la meningomielitis lumbosacra puede descartarse, en virtud de: la inexistencia de signos de «déficit o de irritabilidad de las vías piramidales» exigibles en procesos eminentemente diseminados en altura y profundidad como las sífilis medulares agudas o crónicas. Aparte de la rareza extremada de esta localización de la lúes medular, lo repetimos, el *antecedente traumático,* el *largo período radicular doloroso previo* y coetáneo con la paraplejía, la intensidad de los trastornos neurotróficos, esfinterianos, la reacción de degeneración, la neta distribución radicular de los trastornos sensitivos motores, la reacción meníngea en el líquido céfalo-raquídeo, son elementos más que suficientes para establecer clínicamente el diagnóstico consignado en el epígrafe de este trabajo: *Síndrome de la cola de caballo por compresión.*



El traumatismo habría obrado, para nosotros, como principal factor etiológico provocando una verdadera conmoción y dislaceración radículo-medular de las raíces integrantes de la cauda equina (cuatro últimas lumbares, las sacras y las coxígeas), con la consecutiva *aracnoido-piameritis.*

El *examen perimielográfico,* que debemos a la gentileza del Dr. Hugo Dickmann, ha permitido verificar un tránsito lipiodolado alterado a la media hora de practicada la inyección cisternal.

Otras radiografías de frente y perfil en rayo incidente entre las cuarta y quinta vértebras lumbares, practicadas más de 24 horas después, *de-*

mostraban el bloqueo total a nivel de la segunda vértebra lumbar (cono medular).

Otro hallazgo interesante radiográfico fué dado comprobar: la existencia de una tumoración calcificada, esferoidal, del tamaño de un huevo de avestruz, localizada en el hígado y con las características de quiste hidatídico.

¿Hay relación causal entre este último y la tumoración subdural sita a nivel del cono medular? ¿Se trataría de una metástasis de la primera?

ESQUEMA DEL HALLAZGO OPERATORIO

Lipiodol endorraquídeo
Aracnoiditis secundaria
Vesículas hidáticas

Pensamos que bien pueda tratarse de una *meningitis traumática*, a pesar del bloqueo total; pues debemos recordar las opiniones consignadas en la tesis de Laplane y citadas por Sicard y Forestier, de la presencia de adherencias irregulares, verdaderas sínfisis parciales a raíz de los traumatismos de columna. La prueba de *Queckenstey-Stookey*, fué negativa en nuestro enfermo; en cambio, la inexistencia del sindrome de *Sicard y Foix* en el líquido céfalo-raquídeo (disociación albúmino-citológica) estaba ausente; antes bien, comprobamos una verdadera hipercitosis que conjuntamente con la positividad de las reacciones de las globulinas, deben imputarse, a nuestro juicio, a la reacción meníngea traumática, favorecida por el terreno específico dudoso.

Como *conducta terapéutica*, creemos que una intervención a nivel de la segunda vértebra lumbar (laminectomía) podrá redituar resultados eficientes como medida de liberación de las adherencias o bien como exploración de alguna tumoración coetánea, la cual como es lógico, no ha podido despistarse en este caso.

En este estado es enviado al Servicio del Profesor Dr. Ricardo Finochietto, para ser intervenido quirúrgicamente por el Dr. Dickmann, la cual es llevada a cabo el 1 de diciembre próximo pasado, con el protocolo que a continuación acompañamos.

Operación (1-XII-937). — Operador: Dr. Dickmann. Ayudantes: Drs. Veppo y Nunziatta. Anestesia: avertina-éter.

Incisión mediana, que se extiende desde la L. 1 a L. 3. Laminectomía de las vértebras L. 1 y L. 2. Abierta la envoltura dural se aprecia que la aracnoides hace procidencia a la altura del borde inferior de la L. 2, siendo a ese nivel su color rojizo obscuro, contrastando con el color claro de la porción suprayacente. Desgarrada en forma roma, salen con el líquido céfalo-raquídeo, algunas gotas de lipiodol detenidas por las adherencias allí constituídas. La iniciación de las raíces que constituyen la cola de caballo, está aglutinada por adherencias aracnoideopiales de consistencia tenue, salvo en sus partes medias, donde son más firmes y de color amarillento. Llama la atención el color rojizo violáceo de las raíces nerviosas. Las lesiones que se comprueban a nivel de la cola de caballo, que se van acentuando hacia la parte inferior, nos deciden a extirpar la lámina L. 3 para explorar mejor el espacio sub-aracnoideo que rodea a dichas raíces. Al iniciar el agrandamiento de la brecha ósea, previo agrandamiento de 5 cm. de la piel y partes blandas, nos llama la atención la presencia de una pequeña vesícula de 3 mm. de diámetro, de color blanco lechoso, con todas las características de una vesícula hidática. Completada la laminectomía de la L. 3, podemos apreciar que a partir de su borde inferior, el espacio retrodural está ocupado por un nido de vesículas hidáticas, algunas de 2 cm. de diámetro y otras más chicas, que rechazan hacia adelante la duramadre del fondo de saco y comprimen las raíces contra los cuerpos vertebrales. Una por una se evacúan las vesículas, cuyo número sobrepasa las 20. Queda entonces un espacio libre, que se extiende de la L. 3 hasta la S. 1, y que en ancho ocupa toda la extensión de las láminas, siendo su profundidad (en sentido ántero-posterior 1 ½ cm.). Toilette cuidadosa de esta cavidad, no quedando vesículas hidáticas visibles. Hemostasia prolijísima. Sutura de la dura a puntos separados de seda fina. Suturas músculo-aponeuróticas con seda, ídem celular y piel.

Nos hacemos un deber agradecer la gentileza, tanto del Prof. Finochietto, como del Dr. Dickmann, por la intervención llevada a cabo en nuestro enfermo.

En el momento actual el enfermo se encuentra mejorando, pues ya existen algunos movimientos de flexión y extensión de sus miembros. Respecto al pronóstico, creemos que debe ser bueno, dada la etiología de esta compresión.

SERV. DE CLÍNICA MÉDICA DEL PROF. A. CAMAUËR

Periarteritis nudosa: Enfermedad de Küssmaul - Meyer

(Con presentación de enfermo)

POR LOS DOCTORES

ARMANDO CAMAUËR y JORGE I. SACÓN

El enfermo que presentamos a la consideración de esta «Conferencia de Médicos», sufre una dolencia tan excepcional, que sólo se conocen seis casos publicados en el país: tres diagnosticados en vida y tres hallazgos de autopsia. Repetto publicó su primer caso en «La Pr. Méd. Arg.» el 17 de mayo de 1933, diagnosticado por biopsia de un nódulo dérmico. El segundo caso de Repetto apareció en «El Día Médico» de 1936; sin nódulos dérmicos; con un cuadro de polineuritis y polimiositis; diagnosticado por biopsia de un trozo de músculo gemelo. Della Paolera y Donato Vívoli presentaron un caso a la Sociedad de Patología Infecciosa del Hospital Muñiz el 31 de diciembre de 1932, publicado en La Semana Médica el 23 de marzo del año 1933. Enfermo fallecido al día siguiente de su ingreso, con un sindrome acabado y durable de angina de pecho, descubriéndose en la autopsia, un rosario de nudosidades en las arterias coronarias, y en la aorta intrapericárdica. El Prof. P. Elizalde y A. Di Pietro publicaron dos hallazgos de autopsia antiguos, de la época del Prof. Ayerza, en la «Revista de la Asociación Médica Argentina», t. XLVIII, n.° 339, pág. 1195, año 1934, con nudosidades por panarteritis y trombosis de las coronarias y de las arteriolas renales. Y el caso más reciente, publicado por L. Pierìni y Lascano González en la «Revista de Dermatosifilología», t. XX, 2.ª parte, 1936, caso clínico con múltiples nódulos subcutáneos y focos gangrenosos, diagnosticado por biopsia.

Debré, en colaboración con tres colegas, comunica la primera observación francesa a la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, en 1928, afirmando que sólo hallaron 153 casos en la bibliografía mundial. Este enfermo que presentamos hoy, estuvo internado ocho meses en nuestra sala y continúa bajo nuestra vigilancia; es el primero de los dos casos muy bien estudiados por el Dr. R. Repetto, jefe de clínica del Prof. Castex. Semejante rareza nosológica, justifica su presentación a la ilustrada consideración de los colegas. Pero, además, la evolución ulterior con numerosos brotes y diagnósticos erróneos al través de cinco años, aumenta el interés del caso clínico, teniendo en cuenta que dentro de la periarteritis nudosa, enfermedad poco frecuente, la forma crónica es excepcional.

Gabino D., 20 años de edad, encuadernador, argentino, soltero, ingresó el 3 de febrero de 1937. Estuvo internado en la sala de piel por una ulceración de su pierna derecha, de índole aparentemente trivial; una vez cicatrizada, lo pasaron a clínica médica, por sufrir de «*reumatismo*». El enfermo aseguraba ser reumático, según el dictamen de los médicos que lo habían atendido en Concordia, de donde es oriundo, y últimamente en Buenos Aires. En efecto, ingresó con dolores difusos, 38° C. de fiebre y 120 pulsaciones. El movimiento de ambas articulaciones escápulo-humerales «*parecía*» muy doloroso. La región periarticular derecha especialmente, se hallaba tumefacta, con leve edema y rubicundez de piel por delante, invadiendo la región pectoral, en su parte infra-extraclavicular.

A medida que avanzábamos en el examen clínico, aumentaba nuestro escepticismo con respecto al diagnóstico de brote agudo de poliartritis reumática. En efecto, a pesar de la intensidad del dolor y de la tumefacción periarticular que postraban al enfermo, su temperatura era apenas subfebril; no había sufrido angina; el salicilato de sodio había fracasado; y en varias crisis reumáticas a lo largo de cinco años, el corazón se hallaba indemne.

Además, la investigación parsimoniosa de los movimientos articulares, demostraba algo muy importante: realizando los movimientos pasivos con cautela, sin presionar ni tocar las partes blandas pectorales, era evidente que se trataba de una miositis de los mismos, pues los movimientos articulares se realizaban bien y sin despertar dolor. Presentaba además, una serie de nódulos dérmicos de tamaños variados, pero nunca mayores que el de un poroto; unos de forma alargada, otros redondeados; indoloros espontáneamente, dolorosos a la presión; sin adherencias con los planos músculo-aponeuróticos y recubiertos de piel rojiza, otras veces amoratados, como de exudado hemático. Una siembra de pigmentaciones melánicas, secuela de otros brotes ya cicatrizados. Por último, en la pierna derecha, la cicatriz de su reciente úlcera, circundada de un extenso halo melánico; y en la pantorrilla izquierda, una induración ovalada de los gemelos, algo dolorosa y de curso crónico. La cosa cambiaba de especie, y sin recordar un cuadro similar en nuestra experiencia clínica, sospechamos la naturaleza del proceso, gracias a la circunstancia fortuita de haber leído un mes antes, una síntesis general del mismo, escrita por el doctor Nicaud, quien precisamente describió en colaboración con Macaigne la forma crónica, en 1930.

Por supuesto que esa misma noche, releyéndolo

atentamente, dejábamos ratificado el diagnóstico presuntivo. En el segundo examen, remontando el interrogatorio a los orígenes, el enfermo nos refirió que sus dolores comenzaron en mayo de 1932, localizados en ambas pantorrillas; que en un hospital de Concordia le diagnosticaron reumatismo, propinándole hasta 9 gr. de salicilato; y que en agosto del mismo año 1932, estuvo internado en la Sala del Prof. Castex, donde lo atendió el doctor Repetto. De inmediato, el propio colega y amigo confirmó los hechos y tuvo la gentileza de enviarnos un folleto de la publicación pertinente.

La periarteritis nudosa o enfermedad de Küssmaul y Maier, es generalmente de comienzo agudo y curso grave hacia la eutanasia en un plazo que oscila entre pocas semanas y tres o cuatro meses. Los autores mencionan una forma crónica como la de nuestro enfermo, con brotes agudos y largos intervalos de salud aparente, que evoluciona en varios años hacia el deceso o hacia la curación. Pues la bibliografía registra raros casos de esta índole; es decir, curables.

El diagnóstico en el 80 % de los casos publicados ha sido hecho en la necropsia. Y el diagnóstico clínico debe ser confirmado necesariamente por la biopsia y el estudio histológico de un nódulo subcutáneo.

Clínicamente la enfermedad de Küssmaul-Maier se caracteriza por síntomas dolorosos de *polineuritis;* de *polimiositis;* y por una erupción o brote de *nódulos dérmicos* visibles y palpables, cuya importancia es extraordinaria porque orientan al clínico, y porque el estudio histológico de un nódulo da la certeza diagnóstica. Es natural que la polineuromiositis conduzca por añadidura, a un grado más o menos acentuado de atrofia muscular. En el comienzo, Repetto lo exhibe en la fotografía que pueden ver, en caquexia incipiente, pesando 48 kliogramos con una estatura más que mediana. Ese estado ha sufrido oscilaciones en cinco años; egresó del Hospital Rawson hace pocas semanas con 65 kilogramos, si bien, claró está, contando 20 años de edad.

La variable localización del proceso álgico, acompañado a veces de un edema inflamatorio conduce a diagnósticos erróneos, en general de reumatismo en cualquiera de sus formas. Así, en el brote que presentaba en la época de su ingreso hizo pensar en fiebre reumática con localización predominante en ambos hombros. Durante su estada en la sala, sufrió un cuadro agudo de fosa ilíaca derecha, que seguramente habría sido diagnosticado de apendicitis, diagnóstico tan a flor de labio. Fué una miositis de los músculos parietales, con dolor intenso, superficial, sin fenómenos de irritación peritoneal (abdomen flácido, ausencia de náuseas y vómitos, apirexia o fiebre levísima, y temperaturas rectal y axilar guardando proporción normal). Subrayamos la circunstancia de la poca o ninguna fiebre en los brotes que presenciamos y en los que presenció Repetto en 1932. La piel de la fosa ilíaca derecha presentaba ligera rubicundez y edema. El proceso curó en diez días sin dejar rastros.

Los nódulos de periarteritis internas originan síntomas viscerales polimorfos: hematuria y albuminuria; deposiciones sanguinolentas; signos de hiposuprarrenalismo como la astenia y las pigmentaciones melánicas presentadas por nuestro enfermo, sin llegar al Addison auténtico; etc.

Las placas de gangrena son habitualmente patrimonio de la forma aguda. Nuestro paciente, afectado de la forma crónica, se internó en la sala de piel por una ulceración consecutiva a la gangrena originada a su turno, por un nódulo dérmico. Esta somera reseña sintomática, explica los diagnósticos erróneos de apendicitis, colecistitis, triquinosis, angina de pecho, nefritis hematúrica, polimiositis, etc., que la bibliografía registra en la periarteritis nudosa. Algunos errores se enmendaron en la intervención quirúrgica.

Histológicamente, trátase de un proceso eminentemente arteriolar. Las arteriolas superficiales y profundas aparecen con un engrosamiento desigual que les confiere el aspecto nudoso; con su cavidad o luz vascular muy disminuída, pero rara vez totalmente obliterada. Inicialmente el proceso inflamatorio con invasión leucocitaria, es periarterial o de la adventicia; y luego incluye toda la pared desorganizando las fibras musculares y elásticas de la mesarteria, y al final la endarteria, con producción de trombosis, aneurismas, etc. La inflamación invade el dermis vecino. Los nódulos evolucionan hacia la cicatrización esclerosa, dejando como estigmas, pigmentaciones marrones de la piel. Otras veces hacia la gangrena, con ulceración subsecuente, especialmente en las formas agudas.

Etiológicamente la enfermedad ha sido imputada sucesivamente a variados parásitos y microbios, admitiéndose actualmente como agente causal a uno de esos virus filtrables de moda y tan escurridizos a pesar de nuestros más protentes microscopios.

Los Drs. Negri y Morelli tuvieron la gentileza de seguir este caso, con el entusiasmo que los caracteriza; las siembras de nódulos asépticamente extirpados por el cirujano Dr. Zimman, de la sala del Prof. Solé, resultaron estériles en medios aerobios y anaerobios, y la inoculación al conejo fué negativa.

La terapéutica fracasa habitualmente.

SERV. DE CLÍN. MÉD. Y NUTRIC. DEL PROF. R. NOVARO

Tratamiento de la constipación intestinal por el régimen de la hora

POR EL

PROF. DR. RAÚL NOVARO

Y LA

DRA. LUDOVINA O. ROCHAIX

Creemos inoficioso el hacer resaltar los múltiples trastornos, funcionales u orgánicos, originados en gran número de casos, por la constipación intestinal crónica y que traducen la impregnación tóxica de los parénquimas de la economía y en especial del hepático y renal, que son los más directamente afectados, alteraciones que se observan con suma frecuencia y que a veces no son tratadas en forma conveniente por ignorancia o desidia.

Las numerosas molestias de esos pacientes (cefaleas, mareos, astenia, anorexia, tinte terroso de los tegumentos, trastornos gástricos, dolores abdominales difusos, etc.) son interpretadas a menudo como exponentes de estados neuropáticos.

Aun cuando mucho se ignora todavía de la acción a distancia de la constipación intestinal sobre otros órganos, ella es indiscutible y bien manifiesta, desapareciendo, simultáneamente, con ésta, la rica sintomatología; pero de ningún modo se puede inferir que todos los fenómenos patológicos que curan o mejoran por regularización de esa función, obedezcan a dicha etiología.

La constipación origina una excitación gástrica, la que condiciona a su vez la hiperacidez y el acidismo.

Katsch ha creado el término de acidismo para designar un complejo de síntomas subjetivos. Las molestias consisten en eructos ácidos, pirosis, sensación de presión y plenitud, y en la llamada digestión lenta; el enfermo percibe durante varias horas el gusto y el olor de la comida. El máximo de las molestias se presenta casi siempre de 4 a 6 de la tarde, siendo característica que la ingestión alimenticia calme por corto tiempo los síntomas. A veces existe un cierto grado de dolor.

El sindrome del acidismo tiene gran importancia, pues no sólo es originado por los diversos estados de irritación gástrica, sino también por los principales trastornos funcionales del sistema nervioso y como manifestación, también funcional, de muchas enfermedades orgánicas. La sintomatología no está determinada siempre por un aumento del H Cl en el jugo gástrico; puede encontrarse una fórmula acidimétrica completamente normal, pero esto no excluye que en otros momentos exista hiperacidez marcada; la hipoacidez, la anacidez y la aquilia pueden presentarse también como síntomas de acidismo.

Este sindrome es muy molesto para el enfermo, preocupándole, y ocupando, a veces, el primer plano, no obstante coexistir otros síntomas más importantes.

En condiciones normales, los movimientos pendulares del intestino grueso están determinados por dos factores: uno es el estímulo proveniente del contenido entérico formado por los restos de los alimentos ingeridos y las secreciones de todo el trasto digestivo; el otro está constituído por la excitabilidad de los plexos nerviosos situados en las paredes intestinales y de cuyo funcionamiento depende la intensidad, frecuencia y ritmo de las contracciones.

El peristaltismo intestinal es, pues, estimulado por los excitantes de la mucosa entérica; en primer término por los de naturaleza mecánica, siendo el más importante de ellos el volumen de las heces; cuando es pequeño favorece la constipación y ésta determina a su vez, una nueva reducción de aquél, estableciéndose así un círculo vicioso. La constipación puede ser originada, también, por una gran capacidad del tubo digestivo para digerir la celulosa, dando lugar a una escasez relativa de esta substancia.

El volumen de las heces será tanto menor, y por consiguiente también lo será el estímulo, cuanto de más fácil digestión sea la dieta (huevos, pan blanco, etc.). Aquellas substancias alimenticias menos digeribles (lo que no significa decir menos tolerables), que aumentan la cantidad de residuos, son denominadas lastre o escoria de la alimentación, figurando en primer término entre ellas, la celulosa, la cual desempeña un papel muy importante en la determinación de la cantidad y naturaleza de las heces, tanto en el hombre como en los animales. Múltiples razones autorizan a pensar que esa acción mecánica de la celulosa no es suficiente para estimular en forma eficaz el peristaltismo, siendo necesaria la acción simultánea de hemicelulosas, pectinas, azúcares.

Rubner dice al respecto: «Con el nombre de alectinas designo todas aquellas substancias de los alimentos vegetales, desconocidas, que provocan una intensa secreción de todos los jugos intestinales que dejan importantes residuos en el intestino, constituyendo los dos tercios de las deposiciones sólidas y que

son de la mayor importancia para las cenizas y el balance nitrogenado. Las alectinas están ligadas a las membranas celulares. La celulosa pura no tiene esa acción de las alectinas».

Es posible que existan diferencias según la especie animal; en el pollito parece bastar la celulosa pura. Aron ha observado, utilizando papel de filtro (cuya dosis empleada no determina), que la celulosa pura carece de acción sobre el peristaltismo de los niños, pues da forma a las heces, pero no acelera su evacuación.

Rubner y Salomón, experimentando en el perro y en el hombre, respectivamente, establecieron que la alimentación con aserrín de abedul, daba lugar a la formación de un conglomerado enmarañado de fibras, que avanzaba con dificultad en el intestino grueso, presentando una acentuada tendencia a la formación de masas sólidas y duras. De estas observaciones, infiérese que no todas las formas de la celulosa favorecen las deposiciones, siendo necesaria la presencia de otras substancias.

A juicio de Aron la acción peristáltica de las frutas y verduras, no se debe a la celulosa que contienen, sino a sus materias extractivas; esto puede aceptarse para el delicado intestino del niño, pero en el adulto, la alimentación exclusiva con azúcares y jugo de frutas, puede a menudo producir estreñimiento. Además, una constipación rebelde en un adulto no puede ser vencida con la simple ingestión de jugos vegetales.

A fin de formar lastre para su intestino los animales carnívoros comen substancias poco o nada digeribles, tales como el pellejo, pelos, huesos, cartílagos y tendones de sus presas. Los rapaces ingieren también, con agrado, el estómago e intestino de los animales herbívoros y de este modo se cargan con residuos alimenticios, que hacen las veces de lastre. Si se somete a conejos a una dieta libre de celulosa, se provoca un cuadro de constipación e inflamación intestinal que lleva a la muerte. Las tentativas hechas para criar los pollos con alimentación sintética fracasaron, falleciendo los animales.

En los lactantes, cuyo alimento es la leche, substancia sin celulosa, sirven de escoria las sales de cal contenidas en aquélla que en forma de fosfato y de jabones cálcicos aumentan en gran proporción el volumen fecal.

Imposible es determinar una cifra uniforme para la cantidad de residuos que debe tener la alimentación humana, ya que la sensibilidad de la mucosa del intestino grueso al estímulo de la defecación varía mucho según los individuos.

Además de la celulosa, las substancias nutritivas excitomotoras más conocidas y empleadas son: la lactosa, los jugos de frutas y verduras, las frutas ácidas, el kefir y el aceite de olivas; este último no se reabsorbe en totalidad, quedando siempre un excedente que es eliminado por vía entérica. Los ácidos grasos que contiene el aceite, ejercen un ligero estímulo sobre la mucosa aumentando las secreciones de las glándulas intestinales, siendo además aquél colagogo y colerético, es decir, que favorece la eliminación y producción de bilis. La eficacia es mayor tomando el aceite en ayunas y en cantidades variables de 40 a 100 gr. diarios; a objeto de asegurar su efecto evacuante, se aconseja dar 15 minutos después de ser tomado, un vaso de agua común, o mineral fría. La miel actúa también como estimulante químico de la peristáltica intestinal.

Desde hace muchos años Salomón ha observado que uno de los medios más eficaces para combatir la constipación es la administración de hora en hora, de una dieta rica en escorias.

El elemento fundamental y más activo de este régimen celulósico está constituído por pan de Graham hecho con harina de trigo integral. Es conveniente siempre especificar con claridad, la clase del pan, dado el expendio de ciertas variedades de pan negro, menos eficaces por emplear en su preparación harinas más refinadas. Según los pacientes, puede aconsejarse el agregado de manteca, dulce, o miel. La cantidad diaria preconizada por el autor es de 200 a 300 gr., debiendo prohibirse en absoluto, el pan blanco, bizcochos, galletas, y toda clase de preparaciones hechas con harinas finas. Según von Noorden con el consumo de pan de centeno se obtienen heces más voluminosas que con el pan de trigo, pero presentan el inconveniente de ser de mayor consistencia, lo que demuestra la importancia de la naturaleza química de los residuos.

Podrá utilizarse pan de trigo más finamente molido cuando así lo exija el estado gastrointestinal. Las frutas frescas constituyen el segundo elemento del régimen y su cantidad diaria debe oscilar entre 1.000 y 1.500 gr. Si la constipación no es muy acentuada y conviene un ascenso rápido de peso, el autor reduce la cantidad de frutas, dando en su lugar sopas, helados, budines, etc. La dieta es completada por otras substancias (compotas, azúcares, flanes, verduras, etc.) y debe ser suministrada de hora en hora, dado que cada ingestión de alimentos excita el peristaltismo intestinal, en virtud del reflejo gastro-cólico, extendiéndose las ondas

peristálticas hasta las últimas porciones del intestino. Este régimen estimula el apetito en enfermos por lo general anoréxicos, pues la repetida ingestión de una dieta de preferencia hidrocarbonada, origina una cantidad de insulina, la cual produce, a su vez, apetencia por los alimentos. La fruta debe ser comida con la cantidad máxima posible de partes celulósicas que no sean desagradables, por ejemplo los hollejos. Salomón aconseja que las uvas sean también consumidas con sus semillas, pero esa práctica es resistida, a veces, por los enfermos.

Nosotros utilizamos, de preferencia, las uvas y naranjas, en primer término, por ser, a nuestro juicio, las de mejor resultado y precio más bajo, y en segundo plano, frutas desecadas (pasas de ciruela, uva, higo, y durazno) a fin de variar, y teniendo en cuenta también su costo reducido. Asimismo son útiles las frutas frescas (ciruelas, duraznos, ananás, manzanas y cerezas); se exceptúan, por lo general, las bananas, aun cuando hemos observado en algunos enfermos una ligera acción laxante, siempre que hayan sido comidas en ayunas y bien maduras, vale decir, cuando la cáscara está obscura, que es entonces sólo cuando deben ser consumidas, a pesar de la opinión corriente.

Es conveniente hacer resaltar la eficacia de las uvas y naranjas, siempre que sean ingeridas fuera de las comidas. Hemos observado con frecuencia el efecto evacuante de estas frutas en cantidades pequeñas, 100 a 200 gr., pero fuera de las comidas, y como única terapéutica, en contraposición a la acción nula de las mismas, consumidas en calidad de postre, en proporciones dos a tres veces mayores. Nosotros hemos aplicado el régimen de la hora en numerosos casos de constipación intestinal crónica, con sorprendentes resultados, aun en los más rebeldes, no obstante haber hecho una reducción en los alimentos celulósicos, pues la cantidad de pan negro no sobrepasó nunca los 100 gr. y la de frutas crudas osciló entre 500 y 700 gr., dada la resistencia de algunos enfermos a ingerir diariamente la dosis aconsejada por el autor. Completamos el régimen con verduras, frutas cocidas, lactosa, aceite de oliva, miel y queso fresco.

Antes de iniciar el tratamiento sometemos al paciente el primer día a la siguiente dieta: deberá tomar, en ayunas, una cucharadita de sulfato de sodio, disuelto en 200 c. c. de agua común, o mejor aún, agua mineral, templada; dos horas después tomará 200 c. c. de agua caliente o templada, a la que se habrá agregado una o dos cucharaditas de lactosa, repitiéndose esta toma cada dos horas, hasta las 22 horas. El enfermo no ingerirá ningún otro alimento. Con este régimen se hace descansar a la célula hepática, al suprimir el aporte de albúminas; se obtiene un reposo del intestino, disminuyendo su estado espasmódico y se facilita la eliminación de su contenido, y por consiguiente, de sus productos de putrefacción.

Al día siguiente se inicia el régimen de la hora, continuándolo siete o quince días, según el grado de constipación; al final de ellos, indicamos el mismo régimen, pero cada dos horas, intercalando de acuerdo con el estado intestinal, pequeñas cantidades de leche y carne; puede volverse, pasados otros quince días, al horario de las cuatro comidas, con algunas variantes en cuanto a la naturaleza de los alimentos, y siempre que la evacuación intestinal se haya regularizado.

Es conveniente hacer notar al enfermo que el principio esencial estribará en la naturaleza de los alimentos y en su ingestión de hora en hora.

A fin de evitar el embotamiento de la mucosa rectal con la instalación forzosa de la disquesia, será indispensable, por parte del enfermo, un enérgico aprendizaje de la defecación, debiendo responder a las menores incitaciones de evacuación intestinal.

Los trastornos hepáticos funcionales, tan frecuentes, y no raras veces de rica sintomatología, que se observa en algunos constipados crónicos, y que traduce un estado de intoxicación de la célula hepática, de etiología entérica, se atenúan desapareciendo luego, bajo la influencia de esta dieta, lo que es explicable, pues al suprimir la constipación se elimina la principal fuente productora de toxinas. Además, con el régimen estercoráceo hay un aumento en la eliminación de bilirrubina, sales biliares, colesterina, lecitina y otros fosfátidos contenidos en la bilis.

Ha sido demostrado experimentalmente por Salomón en el hombre, y por Warren en el perro, que la excreción de colesterina se hace, no sólo por la bilis, sino también y en mayores proporciones aún, por la pared intestinal. El dosaje de la colesterina, en los diversos segmentos intestinales, da una disminución gradual desde las partes altas del intestino delgado, hasta las partes bajas, debido a su progresiva reabsorción; hay un aumento brusco en el colon, lo que permite establecer la importante función que éste desempeña, como órgano eliminador de colesterina, siendo el intestino grueso la vía de eliminación más importante.

La intensidad de la excreción intestinal está en relación directa con la riqueza celu-

lósica del régimen, aumentando, por eso, con el escoriáceo.

Como factores últimos, de acción muy importante en algunos enfermos, se encuentran los de naturaleza psíquica. La observancia estricta del régimen, da al paciente el índice de la atención que se le dispensa impresionándole como procedimiento enérgico y racional.

Es esta dieta una verdadera medicación etiológica, pues actúa sobre la causa primera que es la alimentación inadecuada. En contraposición a los laxantes y purgantes que irritan la mucosa y agotan la energía nerviosa o perturban el funcionamiento de los centros motores automáticos, el régimen escoriáceo efectúa una verdadera reeducación intestinal. En gran número de casos el paciente puede emplear luego sin ningún inconveniente, una alimentación variada, pero por lo general es necesario siempre la ingestión diaria de una cierta cantidad de alimentos celulósicos, pues en caso contrario vuelve a establecerse la constipación.

Es poco eficaz la dieta en los ancianos, dada la atrofia de la musculatura intestinal y la dificultad de adaptación a las variaciones del régimen, pudiendo indicarse en estos casos el empleo de laxantes suaves y de masajes abdominales. En los adultos el tratamiento tendrá tanto más éxito cuanto mejor sea el tonismo muscular intestinal y abdominal, y menos antiguos los trastornos.

Los resultados más evidentes se obtienen en la infancia y en la edad juvenil, dada una musculatura fácil de vigorizar por el masaje y la gimnasia.

Divertículo yuxtacardíaco de origen ulceroso

Drs. Prof. Raúl Novaro, Ambrosio Nijensohn y Romeo Bottassi. — Al presentar este caso de divertículo de la región yuxtacardíaca del estómago de origen ulceroso, por la imagen que presentaban las películas, con los pliegues convergentes hacia el nicho ulceroso (pliegues que hubieran podido ser interpretados como convergentes hacia el cuello del divertículo, como sucede a menudo en los de origen congénito), los autores de la ponencia han querido dar a la misma un valor doctrinario. Primeramente, el sindrome semiológico gastrocólico llevó al enfermo a una apendicectomía, porque las radiografías tomadas de pie y en decúbito, por circunstancias especiales, no demostraron la existencia del divertículo. El espasmo mesogástrico alto se interpretó como un reflejo apendículo-gástrico y no como lesiones orgánicas establecidas. Nuevas radiografías y exámenes, con el sindrome casi esbozado «epicárdico-gástrico» (descripto por Novaro) llevó al estudio de la zona de Guérin. Diagnosticado el divertículo con la ayuda de las películas en decúbito y en Trendelenburg, se comprobó entre otras cosas: 1.°, que el proceso de inflamación y edema periulceroso no hacía aparecer el signo radiológico de Guérin (curva del bario a gran convexidad izquierda); 2.°, que el origen del divertículo era netamente inflamatorio y no congénito (por la disposición de las fibras musculares al formar la corbata suiza y el aumento de tensión intragástrica); 3.°, tampoco era causado por una mala disposición del peritoneo retrogástrico ni por una acción refleja, recordando lo propuesto por Barsony, que lo llama fenómeno de relajación y cuya interpretación inversa al espasmo y de origen nervioso no deja de ser una curiosa hipótesis.

Entrando en otras consideraciones sobre la historia clínica, los Drs. Novaro y Nijensohn demostraron el buen éxito del tratamiento que se siguió en la sala, estando el enfermo durante un mes en posición de Trendelenburg. La casi desaparición del nicho y la falta de sindrome doloroso fueron concluyentes.

HOSPITAL RAWSON

Informaciones de interés

EL DR. ALEJANDRO CEBALLOS
ha sido designado profesor titular de Clínica Quirúrgica

El Dr. Alejandro Ceballos, que desempeñara desde hace muchos años la jefatura de la Sala 14 del Pabellón V, ha sido designado profesor titular de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, para ocupar la vacante que dejara el Dr. Chutro.

No cabía una designación más justa ni más acertada. Los médicos de los Hospitales de Buenos Aires y los estudiantes de Medicina, observaron con atención e inusitado entusiasmo la formación de la terna que ostentó en primer término el nombre del Prof. Ceballos. Su designación fué aceptada unánimemente con júbilo y beneplácito. Es que el Prof. Ceballos no va a llenar una vacante de profesor: la Facultad de Medicina va a obtener una nueva escuela de Clínica Quirúrgica que le honrará ampliamente.

Citar los méritos y antecedentes del doctor Ceballos, entre los médicos del Hospital Rawson, sería tarea inoficiosa, en virtud de que le conocemos bien; por otra parte, en el volumen IV, n.° 2, de la «Revista de la Conferencia de Médicos del Hospital Rawson», página 145, ya los hemos enumerado, aunque sucintamente.

Diremos hoy que entre la gran cantidad de sus méritos y antecedentes, merece recordarse que el Dr. Ceballos fué quien inició en nuestro país el tratamiento quirúrgico de las anquilosis, de la úlcera gastroduodenal, de los abscesos del pulmón, de la bronquiectasia y de la esplenectomía en la púrpura. Ha desempeñado el cargo de profesor titular de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de La Plata desde su fundación, el de profesor adjunto de esa misma cátedra en Buenos Aires, desde más de dos décadas; ha creado la cátedra de Traumatología en el Instituto de Medicina Legal de La Plata, fundó asimismo en la Facultad de esta última localidad la cátedra de Medicina Operatoria. Ha sido relator oficial de innumerables congresos e instituciones científicas, habiéndole cada ocasión brindado la oportunidad de un nuevo lucimiento.

El P. E. de la Nación le designó profesor titular de la cátedra a que nos referimos, de acuerdo a la terna que creara la Facultad de Medicina en su sesión del 7 de diciembre de 1937, y aprobada en la sesión del Consejo Superior Universitario.

Los médicos del Hospital Rawson hemos observado con orgullo la designación del dilecto colega; su nombramiento engalana al Hospital Rawson, que agregará para sí otra de las grandes figuras médicas argentinas que han hecho su principal actuación en nuestra casa. La Escuela Médica Argentina, que va adquiriendo jerarquía cada vez más alta entre las Facultades del mundo, ha enriquecido el número de sus eruditos profesores con esta designación. Por las proyecciones que nuestra escuela va teniendo en el extranjero, es que la designación de los profesores, que han de ser el ejemplo y el estímulo de los que les sucederán, debe ser meditado largamente por los Cuerpos Directivos, a cuya responsabilidad están confiados sus nombramientos.

OBRAS DE AMPLIACIÓN

Sala de Guardia. — Sala de Esterilización. — Consultorio de Orientación. Cocina dietética. — Farmacia, etc.

Durante el transcurso del año 1937, se han verificado importantes obras de mejoramiento y ampliación en diferentes servicios, los que han recibido el apoyo entusiasta, unas veces y otras la iniciativa directa del Director del Hospital, Prof. Dr. Raúl Novaro, quien no ha escatimado esfuerzo para elevar cada vez más la preferente y destacada situación que nuestro nosocomio ocupa en esta capital.

Entre las ampliaciones efectuadas bajo la iniciativa y dirección del Dr. Novaro, merecen destacarse:

Los efectuados en la Sala de Guardia.
Id. Esterilización.
Id. Cocina dietética.
Id. Consultorio de Orientación.
Id. Farmacia.

A los efectos de dar una referencia de lo ahí efectuado, transcribimos a continuación parte del discurso pronunciado por el doctor Novaro, con motivo de su inauguración, lo que expresó en la siguiente forma:

ESTERILIZACIÓN

Costo: 25.000 $.

Sr. Director General: Fué mi primera preocupación, al tener la Dirección del Hospital, la antigua esterilización, así podemos llamarla, se hacía, no sólo, en un ambiente impropio sino que el autoclave, donde se esterilizaba el material quirúrgico, se efectuaba en un aparato de desinfección cuyas válvulas reforzadas apenas llegaban a dar las 2 atmósferas requeridas para llenar su cometido.

Hoy el cambio es absoluto, se reconstruyó totalmente el pabellón; la nueva caldera a vapor se colocó en un ambiente separado. El hall más amplio, con la mayólica adecuada costeada por mi peculio personal, le da un aspecto agradable, de higiene y severidad, dos ventanas separadas, una enfrente de la otra, una de recepción de material para esterilizar, la otra de entrega del esterilizado, corresponden a dos ambientes de entradas, separadas ambas por un cuarto intermedio, hace así materialmente imposible una confusión de entrega del material quirúrgico esterilizado.

La parte central tiene tres locales: uno en el que se entrega el material, con piletas, mesas, máquinas de cortar gasas, secaderos, etc. Otro, intermedio, con una gran mesa, cubierta de mármol, donde se equipan las cajas quirúrgicas, se inspecciona el instrumental, con su gran vitrina de repuestos, etc.

El tercero es el de la esterilización, con:

1.° Gran autoclave Sharer.

2.° Cuatro estufas eléctricas, con sus dobles controles respectivos.

3.° Próximos a colocarse: 2 autoclaves más pequeños y estufas de formol.

El aparato de preparación de catgut, por el procedimiento de Barwlett, se encuentra en el segundo ambiente.

Todo el material esterilizado se entrega precintado con doble faja de papel.

El control bacteriológico se hace una vez cada diez días.

El personal técnico se compone de 4 personas, con sus uniformes apropiados.

PABELLÓN DE GUARDIA

Costo: 17.000 $.

El Pabellón de Guardia está completamente transformado; una doble finalidad de orden técnico y humano inspiró su reconstrucción.

Tiene, en la actualidad, dos amplias Salas de Operaciones, con dos completas mesas de operatoria, negatoscopios embutidos en su pared, etc., y material técnico completo.

Sala de rayos X de urgencia; amplio cuarto de baño; endoscopia y laboratorio de urgencia; 4 consultorios; 1 hall amplio, recubierto de mayólicas, con asientos de mármol; 2 amplias salas, para hombres, con 4 camas, y 5 para mujeres y niños.

Todo enfermo de urgencia, operado, hará su post-quirúrgico en un ambiente de silencio y de aislamiento, con todos los cuidados que su estado requiere, permanecerá en la Sala de la Guardia, de 12 a 48 horas, esperando la mejor hora del día para su traslado, y éste se efectuará en una camilla apropiada a la Sala correspondiente y a la cama fijada con anterioridad. Su ropa en bolsa, irá a desinfección (apartada) y le será devuelta 48 horas después, desinfectada, limpia y planchada.

DESINFECCIÓN

Costo: 2.000 $.

En un local apropiado e independiente, el viejo autoclave que se usaba en esterilización, reparado a nuevo, con sus válvulas y manómetros, controlados, servirá para el uso de la desinfección de toda la ropa de los enfermos, como nos hemos referido anteriormente, al mismo tiempo que se usará para la desinfección de colchones, almohadas, fardos de lana, etc., evitando así y de una manera categórica con otras medidas adecuadas a la invasión de parásitos en las camas, cuartos de baño y otros locales dependientes de la Sala.

CONSULTORIO DE ORIENTACIÓN

Costo: 0.00 $.

El Consultorio de Orientación ha dado un resultado digno del mayor elogio, y se perfila, en realidad, como un sistema excelente para ponerlo en práctica en todos los hospitales, porque además de simplificar el trabajo de la Guardia en las horas de la mañana, *orienta* al enfermo hacia un consultorio de la especialidad de su dolencia, evitando pérdida de tiempo para el enfermo y la del médico, en curar un enfermo, previas anotaciones que no corresponde.

El Consultorio de Orientación, a mi cargo, ve los enfermos no quirúrgicos que van de guardia, por la mañana; éstos son examinados, y con un diagnóstico semiológico de presunción, se le indica en una tarjeta, el consultorio en que debe concurrir, anotando el día y hora de la consultación.

N.° de enfermos orientados:

Hombres	866
Mujeres	970
Chauffeurs	1.020
Total	2.836

N.° de enfermos atendidos:

Hombres	1.175
Mujeres	2.270
Total	3.445

COCINA DIETÉTICA

Costo: 7.000 $.

La cocina dietética es la base fundamental de la alimentación científica de una colectividad hospitalaria.

El mecanismo dietético en un policlínico tiene que ser diferente al de un servicio de la especialidad, el que debe, por sí solo, con-

tar con todos los medios apropiados para su desenvolvimiento y todos sus regímenes tienen que ser individuales.

Hacer en un hospital policlínico tantas cocinas dietéticas como servicios tiene, con todo el personal técnico necesario, desde el médico dietista hasta el último peón, es a nuestro práctico modo de ver, un procedimiento al margen de la razón; sólo pensar en el complejo conjunto de las adquisiciones, sólo pensar repito, en el renglón carne, por ejemplo, sería un pedido de las partes especiales del animal, en cada servicio, donde el *filet* de primera del *roast-beef, curtis-filet* o *entrecôte,* etc., que llevaría a elevar el costo del aprovisionamiento en este solo renglón alimenticio a sumas verdaderamente fantásticas, sin ninguna finalidad , ni práctica ni científica.

Nuestro procedimiento, empleado en el Ramos Mejía, en un principio es semejante al de Wirth, director del Hospital Municipal de Franckfurt, pero substancialmente modificado a nuestro ambiente, y a nuestro modo de ver, sus resultados se apreciaron en aquel hospital en forma convincente, a juzgar por el cálido elogio de los Jefes de Servicio y de los eminentes visitantes que expresaron con simpatía su amable sentir.

El número actual del personal es de 3 cocineros y 14 peones. Hay que aumentar un médico dietista (del subsidio — artículo 172, ley 12345 — o a nombrarse por concurso), 12 nurses especializadas (6 rentadas y 6 estudiantes honorarias), pues es necesario tener en cuenta su labor de pesadas, su control en la cocina, y después en las salas, descansos, enfermedad, relevos, etc.

En la planta baja, subsuelo, se encuentra instalada la carnicería, frigorífico, local del personal, etc., que es necesario refeccionar.

En el primer piso se encuentra instalada la cocina económica a petróleo, con 4 hornallas, 8 hornos, agua fría y caliente, en su parte superior la parrilla para colocar los útiles de cocina; la cocina tiene 1,80 cm. de ancho por 4,40 cm. de largo. Como accesorio, y como un gran adelanto en el arte culinario. un «spiedo» con motor eléctrico, y una gran parrilla; existen además 8 marmitas a vapor, de 2.550 litros.

En el piso, con su correspondiente separación, figuran 2 amplias mesas de mármol, donde las dietistas organizan la preparación y envío de los carros-termos y viandas, para las respectivas salas.

Es un ambiente cómodo, con sus balanzas respectivas, y separado de la cocina, con una amplia mampara de vidrio.

El piso alto, recientemente construído, bajo mi consejo, es el centro convergente de toda la dietética del Hospital: es la *Oficina Central.*

En este cómodo local, en las horas de la tarde, de las 13 a las 14 horas, se recibirán todas las libretas, en que estará especificado el número de los distintos regímenes «standards», y en una hoja de «régimen individual» los pedidos especiales, que serán enviados a las salas, en termos, para cada enfermo.

Este local es, puede decirse, la farmacia de la dietética del Hospital.

Presentamos desde el punto de vista dietético, el movimiento de la sala a nuestro cargo, que da una pequeña idea de la futura dietética del Hospital.

Número de enfermos internados	210
N.° 1 Rég. lácteo-integral	210
» 2 » prueba funcional (Profesor Novaro)	10
» 3 » lácteo-vegetariano A y B	78
» 4 » general	32
» 5 » declorurado	10
» 6 » prueba para diabéticos	19
Para diabéticos	40
Individuales Ap. digestivo: hígado, riñón, etcétera	170

Enfermos externos (internados en la Sala y dados de alta) que continúan en asistencia médica):

Diabéticos	53
Ap. digestivo, etc.	6
	59

Para concluir con las obras inspiradas por mi dirección, debo señalar la modificación total y moderna de todos los cuartos de baño, con sus water-closets, lavatorios y piletas higiénicas respectivas; la reparación completa y pintura general de todas las salas, salas de operaciones y consultorios externos, la pintura general de los ascensores y sus cajas, etc.; el arreglo de la calle de entrada (3 cuadras) del Hospital, suprimiendo los cordones de un césped inapropiado, el arreglo de los caminos, con sus canaletas de desagüe, etc.; por último, mencionaré la refección de los canteros, con sus respectivos caminos de lajas, que dará una vez finalizada, una impresión amable y agradable de estética, limpieza y buen gusto.

PABELLÓN DE FARMACIA. OBRAS DE AMPLIACION Y REFECCION GENERAL. AÑO 1937

Costo: 45.000 $.

En el curso del corriente año, comenzaron las obras para la ampliación y refección total del pequeño pabellón que ocupaba la farmacia del Hospital. Esta obra actualmente está finalizándose, y al igual que la ampliación del Pabellón de la Guardia y de la Cocina Central, fué realizada con cargo al empréstito de Obras Públicas y Hospitales (1036, ordenanza 7288). Su realización llena una necesidad palpable, pues el despacho regular de la farmacia de este hospital solamente de recetas expedidas en nuestros consultorios externos, sobrepasa de las 500, término medio. Las obras realizadas triplicaron el espacio utilizable en dependencias de la misma, que son:

Un amplio sótano, para almacenaje adecuado y ordenado de algodón, gasa, drogas, y por separado las substancias inflamables y autocombustibles.

Un espacioso y bien iluminado laboratorio farmacéutico, con su dispensario y depósito para recetas preparadas.

Una sección independiente para preparaciones asépticas y soluciones inyectables.

Un lavadero para frascos y envases y dependencia para personal obrero.

Una habitación para alojamiento de la guardia de farmacia, con su «office» y baño anexo.

Despacho para el Jefe y oficina de contabilidad.

Y un cómodo y espacioso hall, cerrado, para espera del público que concurre para el despacho de sus recetas y cuya superficie es casi el total de la anterior farmacia, con sus antiguas dependencias.

No podemos, al mencionar la realización de esta obra, dejar de manifestar nuestro agradecimiento al señor concejal Don Peregrino Rial, dilecto amigo de esta casa, a cuyo empeño, constancia y franco apoyo se debe la ejecución de ésta, como las demás obras votadas por el H. C. D. Esta debe ser completada con el refuerzo de una partida de diez mil pesos moneda nacional, ya votada por el H. C. D. a los efectos de totalizar la misma, con la instalación de las estanterías en el laboratorio y sótanos, adquisición de la frasquería, moblaje y enseres, que ha sido gestionada y obtenida por el mismo señor concejal. Esperamos que esta farmacia, dotada también del mínimo de personal indispensable e idóneo que esta dirección reclamó en su oportunidad, llene y pueda dar cumplimiento a la intensa labor de la misma, que, sin exageraciones, en el último quinquenio se ha triplicado.

En el transcurso del año 1937, se han efectuado otras obras también de fundamental importancia, que dieron origen en sus respectivos momentos a inauguraciones oficiales; me refiero al Servicio de Traumatología, costeada por el eminente cirujano y amigo el profesor Enrique Finochietto; la ampliación de la Maternidad, amable donación de la señora Gache de Luro, y la ampliación del Servicio del Prof. Arauz.

Un conjunto armónico, puede decirse, de reconstrucción general del Hospital, que con los nuevos pabellones de Cirugía, Anatomía Patológica y ampliaciones del Pabellón 5.° de Cirugía, quedará este hospital en las condiciones más perfectas para su desenvolvimiento técnico-médico-social.

INAUGURACIÓN DE UN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

Fué donado por el Profesor Doctor Enrique Finochietto y estará bajo su dirección. El acto se efectuó el 16 de diciembre, con la presencia de las autoridades municipales

La Sala 7 del Hospital se ha transformado en un Servicio de Traumatología, que es un modelo entre los de su género. La construcción de las ampliaciones se efectuó bajo la dirección del Dr. Enrique Finochietto, y su costo fué donado por el mismo: acto de altruísmo y generosidad que robustece tanto la conocidísima personalidad del Dr. E. Finochietto.

Como los fines y principios del nuevo servicio están incluídos en su discurso, nos limitamos a transcribir el mismo, lo que haremos previa una intercalación del final del elocuente discurso pronunciado por el doctor Raúl Novaro, Director del Hospital, quien se expresó así:

.....

Señores:

La hidalga y amable amistad que me une a Enrique Finochietto me ha permitido seguir día por día, hora por hora, la reconstrucción de este magnífico y pequeño Servicio; que no es otra cosa, que la materialización espiritual de una idea, inspirada por la inteligencia iluminada por la vocación. Vocación, esa voz interior que todos debemos tener, como recuerda Marañón; muchas veces desviada, apagada o silenciosa, y que en un instante de inspiración divina o de inquietud espiritual, lleva al sacerdote a enfrentarse a Dios, al artista a buscar la belleza y al hombre de ciencia a buscar la verdad. Así nació este Servicio, de la inspiración y de la vocación de Enrique Finochietto.

Doctor: Vuestra generosidad, al costear la reconstrucción y dotación del material quirúrgico de este Servicio, agrega a vuestra vida científica, universalmente reconocida, un galardón más: la Admiración; y quiero terminar con unas palabras gratas que deberé recordar, por haberlas leído en cierta oportunidad:

«Ha hecho escuela, su alma de investigador lo ha conducido al terreno de la especulación científica, y la delicadeza de su espíritu lo ha llevado a la perfección de la técnica quirúrgica, animando para ello, un entusiasmo sólo parangonable al fuego sagrado de los clásicos del Arte».

Así piensan del maestro y así escribieron sus discípulos, y dijeron la verdad.

Discurso del Dr. Enrique Finochietto

Señores:

La fundación de la Clínica Quirúrgica y Traumatológica del Hospital Rawson, que hoy nos toca el honor de inaugurar, obedece a la resolución de la actual Dirección General, de organizar en los Hospitales de la Municipalidad de Buenos Aires la asistencia más perfeccionada y humanitaria de los traumatizados, sea cual fuere su procedencia.

Si se considera que hace hoy más de treinta años, cuando el que habla desempeñaba funciones de médico interno en este mismo hospital, se hablaba ya seriamente de esta necesidad y se proyectaba destinar una de las salas a este fin, puede juzgarse de los obstáculos que encuentra toda innovación y de las dificultades con que se tropieza hasta llegar a realizarla.

En esa época, Buenos Aires hubiera tenido uno de los primeros servicios de Traumatología en el mundo, solamente precedido por el de Bardenheuer, en Colonia, por el Eiselsberg, en Viena, y tal vez uno que otro más, y ¡cuántos problemas de organización estarían ya resueltos!

La importancia de esta determinación de las actuales autoridades deriva en gran parte de las dificultades que muchas veces ofrece el tratamiento de los traumatizados, desde el punto de vista quirúrgico. Los progresos alcanzados en estos últimos años exigen profundizar en el conocimiento de las lesiones y en el de las maniobras destinadas a tratarlas con la más

rigurosa disciplina y con los medios más modernos y eficaces.

En este sentido, la importancia de la innovación introducida en nuestra organización hospitalaria es evidente. Los enfermos verán su advenimiento como una bendición. El cuerpo médico la apreciará como un exponente incontestable de progreso.

Pero es, sobre todo, por sus proyecciones de orden social que la innovación adquiere categoría trascendental; pues, como consecuencia de un traumatismo, pueden originarse bruscamente los cambios más trágicos de orden sentimental y económico en la constitución de la familia o en la de las organizaciones privadas o de carácter público, que un tratamiento bien orientado desde el comienzo puede llegar a atenuar y aun a evitar.

— —

Los agentes vulnerantes que pueden actuar sobre el cuerpo humano en el propio domicilio, en los locales de trabajo, durante la práctica de los deportes o en la calle, son de naturaleza muy diversa: contundentes, cortantes, proyectiles u otros objetos lanzados a gran velocidad, explosiones, etc.; pueden ser substancias químicas; el calor o el frío en sus distintas modalidades; la electricidad, ya sea la atmosférica o la distribuída por la industria.

La organización de un servicio para la atención de los traumatizados de procedencia determinada, en que las lesiones se originan en circunstancias siempre parecidas en lo que se refiere a la naturaleza de las causas, las condiciones de resistencia de los pacientes y a las horas del día de la producción de los accidentes, no podría ofrecer dificultades. Pero la heterogeneidad del elemento humano accidentado, que concurre a nuestros hospitales, no ha pasado por ninguna clase de selección en lo que respecta a sus condiciones de edad, de salud anterior o de método de vida. Las lesiones que presentan son de las más variadas; pueden ser superficiales, alterando las formas exteriores o afectar el sistema locomotor o los órganos internos, abdominales o torácicos.

El hecho de que los traumatizados se presenten a cualquiera hora del día o de la noche, crea problemas de orden administrativo y económico que sólo podrán resolverse, por el momento, con la colaboración entre organismos independientes.

La ampliación del Servicio de Guardia — en vías de terminarse — permitirá que los traumatizados puedan ser atendidos, antes de su internación, con mayor celeridad y eficacia. Pero esto no es todo lo indispensable. El accidentado deberá quedar instalado lo más pronto posible en las condiciones más favorables para la más rápida reparación de sus lesiones y la restauración funcional. Habrá que ponerlo a salvo de las complicaciones que la naturaleza del traumatismo y el examen cuidadoso de sus condiciones generales, permitan presumir. Algunas veces, una operación será necesaria desde el primer momento; otras, habrá que reducir una fractura y colocar un aparato de contención definitivo; otras veces, las determinaciones deberán tener un carácter provisional, hasta que el diagnóstico preciso se haga con el auxilio de la radiografía u otros exámenes indispensables.

La organización de un Servicio de Traumatología en una capital de la importancia de Buenos Aires, debe contemplar todas estas posibilidades. La atención del traumatizado debe ser inmediata y completa en un servicio dotado de todos los elementos de examen y de tratamiento. Para esto, se requiere disponer de personal permanente y adiestrado capaz de utilizar los elementos y aparatos costosos que exige la Traumatología. Su estructura deberá ser, pues, distinta de la de los servicios regulares de la actualidad.

Una organización semejante sólo es realizable—por razones económicas — en un servicio provisto de un número relativamente grande de camas. Desde este punto de vista, la formación que hoy inauguramos es rudimentaria; es sólo una iniciación. No ignoramos que para acercarnos a la perfección, habrá que recorrer un largo camino lleno de obstáculos. Pero, seguros de que el mejor procedimiento para subsanar las deficiencias es el de ponerlas en evidencia, hemos aceptado sin vacilar la responsabilidad de esta iniciación.

Entretanto, la instalación y organización de la Sección Traumatológica de la Clínica debe responder a la función médica y social que le corresponde desempeñar. Para esto, se la ha dotado de los locales y de los elementos más indispensables y modernos; desde el Archivo, donde quedarán anotadas las circunstancias del accidente; una excelente instalación radiológica fija y portátil; los locales para el tratamiento inmediato del paciente y la colocación de los aparatos necesarios; hasta la sala de operaciones provista de los elementos más adelantados para realizar las más delicadas operaciones.

La Sala de Enfermos, o sea la Enfermería, podrá alojar 24 camas para traumatizados, todos hombres. Por consiguiente, las mujeres accidentadas que requieran hospitalizarse, lo harán en los servicios comunes, como hasta el presente. Es de esperar que ellas también puedan beneficiar, en el futuro, de las ventajas de la asistencia más adecuada.

Esta esperanza se vincula al problema económico de la nueva organización, pues las importantes refecciones y ampliaciones realizadas en los recintos generales de Consultorios, Sala de Operaciones y anexos, si bien representan el mínimo indispensable, son susceptibles de un rendimiento mucho mayor.

La Clínica Traumatológica tendrá que desarrollar, además, una intensa labor de demostraciones objetivas que acrecentará la misión que está destinada a cumplir.

Debemos hacer notar a este respecto que la práctica de la traumatología comprende la técnica del tratamiento de las heridas, preocupación fundamental de todos los tiempos.

Si se consideran los inmensos beneficios de todo orden que ofrecerá la formación que hoy inauguramos, no se vacilará en calificarla como una de las obras de mayor trascendencia en la organización de la asistencia hospitalaria de la Capital.

Las autoridades municipales, cada cual en su esfera de acción, nos han estimulado en la tarea de la instalación y de la organización con su decidido apoyo moral y material.

Es de esperar que continuarán haciéndolo hasta que esta Clínica Quirúrgica y Traumatológica pueda ostentar una organización perfecta desde el punto de vista práctico y humanitario y digna de la Capital de la República.

Buenos Aires, diciembre 11 de 1937.

AMPLIACIÓN DE LA MATERNIDAD

Nuevo pabellón destinado a la asistencia de infectadas, y consultorios externos

El día 4 de enero de 1938, el Dr. Franck R. Pasman, en su carácter de albacea testamentario ejecutor del legado instituído por la señora María Gache de Luro, para la ampliación de la Maternidad «Samuel Gache», del Hospital Rawson, hizo entrega al Director de la misma, Prof. Dr. Nicanor Palacios Costa, de un nuevo pabellón, en presencia de las autoridades comunales y sanitarias.

Con dicho legado, se construye un pabellón anexo a la Maternidad. Deducido del legado el costo de la construcción, quedó un saldo restante que fué utilizado para la adquisición de muebles y útiles, con lo cual dicha sala queda en condiciones de ser habilitada, sin haber podido aún entrar a prestar servicio, por carencia del personal necesario.

Este nuevo pabellón consta de dos plantas:

En la *planta baja,* destinada a Consultorios Externos, hay un gran hall de espera y amplios consultorios perfectamente dotados, donde se atiende mañana y tarde en la forma que se detalla:

Por las mañanas:

Todos los días, Consultorio de Embarazadas, atendido por los Médicos y Parteras del Servicio.

Martes, jueves y sábados, Consultorio de Ginecología y Esterilidad, atendido por el doctor Raúl Pastorini. Este consultorio cuenta con instalaciones para diatermia.

Martes, jueves y sábados, Consultorio de Urología, a cargo del Dr. Salvador Prat.

Martes, jueves y sábados, Consultorio de Endocrinología, Jefe Dr. Enrique Cantilo.

Martes, jueves y sábados, Consultorio de Examen prenupcial.

Lunes, miércoles y viernes, Consultorio de Puericultura y Raquitismo, cuyo jefe es el Dr. Ricardo Salomone Allievi. Este consultorio tiene sala para rayos ultravioletas.

Por la tarde:

Martes y sábados, Consultorio de Asistencia Familiar, cuyo jefe es el Dr. Francisco S. Peiretti, que atiende la Sección Adultos, estando la Sección Niños atendida por el doctor Ricardo Salomone Allievi.

En la *planta alta,* que se destinaría a las enfermas infectadas, existen dos amplias salas de 8 camas cada una y dos habitaciones con 2 camas cada una. Total, 20 camas.

En este piso hay una moderna Sala de Partos y una Sala de Esterilización, de modo que pudiendo ser utilizadas todas esas dependencias, el aislamiento de las enfermas infectadas podría ser perfecto.

El pabellón cuenta con cómodos cuartos de baño y un autoclave esterilizador de chatas, de uso exclusivo en el mismo.

HOMENAJE EN MEMORIA DEL DR. CARLOS SEMINARIO

Un viejo y estimado Jefe de Servicio del Hospital Rawson, el Dr. Carlos Seminario, dejó de existir, tras una brevísima dolencia. El sentimiento unánime que su desaparición produjera fué interpretado por el Director del Hospital, Prof. Dr. Raúl Novaro, quien en una nota dirigida a la Asistencia Pública el 16 de junio de 1937, solicitó autorización para «rendir un gentil homenaje a uno de los Jefes de Servicio más antiguos y que dentro de su pabellón actuó en forma descollante»; hemos repetido al expresarnos así en forma idéntica, la parte esencial de la nota aludida.

El 4 de noviembre fué la fecha fijada para rendir tal homenaje y en la que se colocó una placa en el pabellón 8.° del Hospital, y se dió el nombre de «Dr. Carlos Seminario» a ese servicio. Acto seguido y reunidos en el aula del nosocomio, el Dr. Novaro pronució un elocuente y conmovedor discurso, algunas de cuyas partes transcribimos más adelante. A continuación, hicieron uso de la palabra los doctores Pedro Baliña, Elías R. Gaviña Alvarado y Juan Pessano.

En su discurso, el Dr. Novaro se expresó en los siguientes términos::

Un acto ineludible de justicia y un recuerdo evocador, nos reune esta mañana, médicos y estudiantes, amigos y agradecidos, unidos todos por el mismo sentimiento que traduce la emoción, ante este pabellón que hoy tiene un nombre, y esta placa que rememora un sentimiento y un dolor.

Al interpretar, en nombre de los médicos de este hospital, el más noble de los sentimientos espirituales del hombre, «*el recuerdo*», me despojo de las credenciales que me otorga el protocolo, para poder así, dar vuelo espiritual a mi sentimiento personal, y recordar a aquel Carlos, inteligente, inquieto, sagaz, humorista y amigo, subiendo a saltos la escalera empinada de la vieja Facultad, y qnedarse, quieto, silencioso, profundamente conmovido, al enfrentarse con el cuadro famoso, de tan hondo colorido, «la meditación y la muerte»... primer choque de su juventud; primer momento de inquietud sentimental ante la majestad de la muerte y la realidad de la vida.

Abel Zubizarreta y Carlos Seminario fueron una de las parejas más unidas de nuestros condiscípulos, amistad tradicional de familia, recorrieron la vida universitaria y profesional, sembrando ideales, marcando rumbos en la ciencia difícil de sus especialidades para forjarse, en un momento, siempre efímero de la vida, un nombre que del acero y del cristal tuvo la rigidez de una conducta moral y la transparencia de una vida ejemplar.

La justicia en la tierra, que es obra y dictado de los hombres, ha cumplido con su deber; para Abel, un hospital lleva su nombre, y para Carlos, este pabellón que fué su casa científica y su eterna ilusión.

El Dr. Carlos Seminario, estudiante distinguido, al graduarse en el año 1903, tenía ya forjada en su espíritu la orientación de su vida; así lo recordamos como practicante de este Hospital, asistiendo al Servicio de uno de los dermatólogos más distinguidos de la época, el Dr. Bengolea, cuya efímera vida fuera uno de los tantos cortos plazos que nos impone el destino.

Después... su viaje a Europa, donde perfecciona su inclinación, siguiendo los cursos de Gaucher, Brocq, Gaston y otros, que completan su preparación, llegando a Buenos Aires en 1905, donde se destaca fácilmente, en aquella vieja cátedra del San Roque colonial, verdadera cuna de nuestra Dermatología, donde luminaban Sommer, Aberastury y Fariní, astros argentinos de gran magnitud científica.

Su obra, su vida entera, es la de un hombre de estudio, por ciencia, voluntad y disciplina.

Este servicio, que con tanta justicia llevará su nombre, es su verdadera creación, y es, sin lugar a dudas, un honor para la dermatología argentina.

Sus discípulos son legión; ocupan hoy los puestos más descollantes en la especialidad, y su labor mé-

dico-social no puede elogiarse con palabras, ni con la elocuencia de una frase cervantina, sino con la cláusula aritmética, que es la única que bordea la exacta realidad.

Y así, al tomar una estadística ocasional, vemos que 9.127 personas han sido asistidas en sus consultorios externos en 1936; que se efectuaron 64.337 inyecciones y se practicaron 11.318 análisis clínicos. cifras elocuentes que patentizan la realidad de su obra.

Dr. Carlos María y Alfredo Seminario:

Erguidos y firmes ante la emoción y el sentimiento que os implica esta ceremonia, os pido que ésta os quede grabada como un tatuaje en vuestra imaginación, para que así, en el camino, hoy juvenil de vuestra vida, lleguen a su ocaso, con los mismos merecimientos con que llegó vuestro digno padre. Y os pido una misión delicada y de dolor, por cierto, ofreced a vuestra santa madre el sentimiento de este homenaje.

BOSTON MEDICAL
JUN 2 3
LIBRARY

Médicos asociados durante el año 1937, de acuerdo al informe de Tesorería

PABELLÓN I. — SALA 1.

Dr. Mariano Alurralde.
» Guillermo Gotusso.
» A. Alurralde.
» Benjamín Spota.
» Santiago González.

PABELLÓN I. — SALA 2.

Dr. Tulio A. Martini.
» Guillermo Cordes.
» Pedro Arancet.
» Mario Pantolini.
» Alfredo Dossola.
» Osvaldo Aschiero.
» José Comas.
» Arturo Culoga.
» Marcos Lemsbersky.
» Emilio Lida.
» Oscar Noguera.

PABELLÓN I. — SALA 3.

Dr. Alfredo Zelasco.
» Carlos Rey.
» Salvador Mas.

PABELLÓN II. — SALA 4.

Dr. Emilio Bardi.
» Aquiles Molfino.
» Raúl Boero.
» Ricardo Marengo.
» Lucio Rumi.
» Diego Lima.

PABELLÓN II. — SALA 5.

Dr. Adolfo Sacco.
» Carlos Tomassewsky.
» Benjamin Rivas Diez.
» Carlos Rache Peuser.
» Carlos Allende.
» Juan M. Raffo.

PABELLÓN II. — SALA 6.

Dr. Ricardo Finochietto.
» Alfonso Albanese.
» Diego Zabaleta.

PABELLÓN III. — Sala 8.

Dr. Raúl Novaro.
» Enrique Arana.
» Horacio Bordo.
» Ambrosio Nijensohn.
» Ludovina Rochaix.

PABELLÓN III. — SALA 9.

Dr. José Destéfano.
» Enrique Serp.
» Nicolás Natiello.
» Federico Taboada.
» Ernesto Pinto Lucero.
» Sadoc Nino.

PABELLÓN IV. — SALA 10.

Dr. Mariano Barilari.
» Domingo Gallo.
» José Hernández.
» Enrique Di Benedetto.
» Marcos Margulis.

PABELLÓN IV. — SALA 11.

Dr. Armando Camaüer.
» Jorge Sacón.
» Pedro Lanzani.

PABELLÓN IV. — SALA 12.

Dr. Fernando Schweizer.
» Federico Citon.
» Francisco Montagut.
» Ovidio Senet.

PABELLÓN V. — SALA 13.

Dr. Bernardino Maraini.
» Raúl Sandro.
Dr. Arturo Ortiz.
» F. Aquino.
» Adolfo López.
» Marcos Diner.
» Gabriel Lagleyze.
» Armando Trabucco.
» Guillermo Iacapraro.
» Manuel Copello.
» Rodolfo Rolón.
» Julio Dante.
» Luis F. Alcorta.
» Luis S. Sañudo.
» José Gorodner.

PABELLÓN V. — SALA 14.

Dr. Alejandro Ceballos.
» Arturo Burlando.
» Ismael Gramajo.

PABELLÓN V. — SALA 15.

Dr. Roberto Solé.
» Ricardo Donovan.
» José Delrío.
» Lino P. Sorondo.
» Alberto Salvati.
» Arturo Otaño.
» Martín Cibils.
» Enrique Schenone.
» Mario Malfatti.
» Alfonso Caseaux.
» Raúl Bueno.
» Federico Ras.

PABELLÓN VI. — SALA 16.

Dr. Horacio Basabe.
» Pedro Zerbino.
» Martín Iriart.
» Italo Brizzio.
» Eduardo Cipolla.
» Adolfo Lippschitz.

PABELLÓN VII. — SALA 17.

Dr. Antonio Manes.
» Guillermo Quijarro.

PABELLÓN VIII. — Salas 18 y 19.

Dr. Carlos Seminario (fall.).
» Elías G. Alvarado.
» Tomás Vera Barros.
» Juan Pessano.

PABELLÓN IX. — SALAS 20 Y 21.

Dr. Enrique Finochietto.
» Augusto Covaro.
» Alberto Rodríguez Egaña.
» José Mesa.
» Erich Hoffman.
Dr. Osvaldo Linari.
» Leonardo Parodi.
» Aurelio Galdi.

PABELLÓN X. — SALA 22.

Dr. Santiago Arauz.
» Carlos Campagnari.
» Aníbal Tobías.
» Carlos Mercantino.

PABELLÓN XII. — SERVICIO DE AUTOTERAPIA.

Dr. Pedro C. Massini.
» Pedro Arias.

LABORATORIO CENTRAL.

Dr. Tomás Negri.

LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Dr. Domingo Mosto.

MATERNIDAD.

Dr. Nicanor Palacios Costa.
» Roberto Segura.
» Víctor Segalle.
» Francisco Perretti.
» Segundo Giménez.
» Aurelio Gambetta.
» Enrique Cantilo.

BALANCE CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO DEL AÑO 1936

COBRADO		ABONADO	
16 recibos de $ 5 c/u.	$ 80.00	A cobrador, comisión	$ 8.00
Del Dr. A. Caeiro por saldo de su ejercicio	» 150.00	Enf. Benito recibo	» 10.00
Del Dr. R. Finochietto por íd. ...	» 1.50	Imprenta, por 500 talonarios	» 6.00
		Id., por circular	» 7.00
		Secretario Dr. Cordes	» 48.00
		Saldo	» 152.50
	$ 231.50		$ 231.50

S. E. u O.

Adjuntos se acompañan los recibos de los pagos efectuados; el pequeño número de recibos de asociados cobrados, se debe a que mi nombramiento de Tesorero fué efectuado al final del año.

HORACIO BASABE
Tesorero

GUILLERMO CORDES
Secretario

RAÚL NOVARO
Presidente

(Aprobado en le sesión del 4 de mayo de 1937.)

BALANCE CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO DEL AÑO 1937

COBRADO		ABONADO	
121 cuotas de socios	$ 605.00	Imprenta «Semana Médica», por edición Rev. I. T. VI	$ 234.00
Saldo del ejercicio anterior	» 152.50	Para gasto de Secretaría, doctor Cordes	» 70.00
		Construcción de una mesa	» 4.00
		Comisiones	» 33.50
		Franqueo y remisión de la revista	» 19.00
		Direcciones y reparto de la revista	» 20.00
		Dos llaves del Aula	» 1.60
		Saldo	» 375.40
	$ 757.50		$ 757.50

S. E. u O.

HORACIO BASABE
Tesorero

BENJAMÍN B. SPOTA
Secretario

ADOLFO V. SACCO
Presidente